

# Informations médicales

2005

**suva**

Mieux qu'une assurance

# Index

<b>Avant propos</b> .....	3
<b>Le travail comme facteur de santé psychique</b> .....	5
Michel Guillemin	
<b>Rapports entre les contraintes professionnelles, la satisfaction au travail et la santé</b> .....	9
Remarques sur un thème actuel Volker Schade	
<b>Mutations dans le monde du travail</b> .....	19
Marcel Jost	
<b>Maladie de civilisation: historique et systématique d'un paradigme des affections liées au stress</b> .....	31
Volker Roelcke	
<b>Expressions somatiques des troubles psychiques</b> .....	43
Kurt Laederach-Hofmann	
<b>Evolution à long terme des maladies névrotiques et somatoformes</b> ....	60
Klaus Foerster	
<b>Troubles du dos et assurances sociales</b> .....	71
Christian A. Ludwig	
<b>Indemnisation de l'atteinte à l'intégrité</b> .....	80
Méthodes de calcul différentes selon la LAA et la LAM Reinhard Perren, Urs Schönenberger	
<b>Pratique actuelle en matière de reconnaissance des maladies professionnelles causées par l'amiante</b> .....	88
Martin Rüegger	
<b>Le lymphoedème – Eléments fondamentaux et concept de traitement à la Clinique de réadaptation de Bellikon</b> .....	94
Hans Peter Gmünder, Inge Schott	
<b>La sortie thérapeutique comme outil de réadaptation</b> .....	105
Abdul Al Khodairy, Dorothee Spahr	

<b>Académie interdisciplinaire de Médecine des assurances, Université de Bâle . . . . .</b>	<b>105</b>
Yvonne Bollag, Niklaus Gyr	
<b>Nouveau médecin-chef de la division Médecine du travail . . . . .</b>	<b>110</b>
<b>Mutations . . . . .</b>	<b>111</b>

# Avant propos

Chers lecteurs,

Les mutations rapides et permanentes du monde du travail modifient également les contraintes des personnes actives sur le plan de la santé. Dans ce contexte, les troubles de la santé psychiques méritent une attention accrue. La Suva s'engage déjà activement dans le domaine de la prévention des troubles psychiques associés au travail. Cependant, la situation professionnelle peut également jouer un rôle en ce qui concerne la réinsertion de personnes accidentées. Nous constatons régulièrement que des conditions de travail psychologiquement contraignantes retardent ou même empêchent le retour de certains patients dans le monde professionnel. Lors de leur réunion de l'année dernière, les médecins de la Suva se sont consacrés au thème «Travail, stress et maladie». Des spécialistes ont montré dans leur exposé les circonstances dans lesquelles le travail permet de rester en bonne santé et celles dans lesquelles il peut rendre malade. Je remercie les intervenants de nous avoir autorisés à publier leur contribution. De notre côté, nous allons continuer de traiter les questions de l'identification précoce de troubles psychiques associés à des conditions professionnelles difficiles. Avec les nombreuses autres parties impliquées, nous voulons trouver comment les facteurs liés au patient et à son environnement au poste de travail peuvent être influencés pour garantir une réussite encore plus importante en matière de réinsertion professionnelle après des accidents et des maladies.

L'assurance militaire sera intégrée à la Suva au cours de l'année 2005. Son service médical sera rattaché à notre Médecine des assurances. Les médecins des sections de l'assurance militaire de Genève, Berne, Saint-Gall et Bellinzone travailleront comme médecins des agences correspondantes de la Suva.

A Lucerne, un service médical de l'assurance militaire sera créé et placé sous la direction du Dr Franziska Gebel, médecin-chef de l'assurance militaire. L'article sur l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la loi sur l'assurance militaire montre très bien les différences essentielles existant entre la loi sur l'assurance militaire et la loi sur l'assurance-accidents. Les médecins des assurances de la Suva et de l'assurance militaire devront se familiariser rapidement avec les particularités de chaque assurance sociale pour être en mesure de vous conseiller de façon globale et compétente.

La nouvelle de la création d'une Académie de la médecine des assurances à l'Université de Bâle est particulièrement réjouissante. Dans leur article, les initiateurs présentent pour la première fois les objectifs de cette institution à un large public médical. La Suva soutient les efforts qui visent à la reconnaissance académique de la médecine des assurances en Suisse: nous souhaitons à cette initiative extrêmement importante tout le succès qu'elle mérite!

Ces Informations médicales qui, outre la médecine des assurances, contiennent aussi des contributions intéressantes de la médecine du travail et de la réadaptation, vous donneront également, nous l'espérons, de nombreuses idées pour votre quotidien médical ainsi que pour vos activités (annexes) en matière de médecine sociale et préventive.

Bonne lecture!

Dr Christian A. Ludwig, M.H.A.  
Médecin-chef de la Suva  
christian.ludwig@suva.ch

# Le travail comme facteur de santé psychique

Michel Guillemin

## Cadre général et objectifs

La Santé au Travail est un domaine pluridisciplinaire qui a évolué durant ces dernières décennies en fonction de la société et de ses valeurs. Au début du siècle passé, le développement industriel et la construction économique nationale étaient une priorité importante et faisaient que les accidents mortels du travail et les maladies professionnelles graves (silicose par ex.) étaient considérés comme un tribut incontournable au progrès. Ensuite, les richesses et le confort se développant, les graves conséquences sur la santé de certaines conditions de travail n'ont plus été tolérées et la prévention s'est développée. C'était l'époque où l'on associait la santé à une absence de maladie. Actuellement les exigences pour une bonne qualité de vie au travail se sont accentuées et la santé devient synonyme de bien-être sur tous les plans (physique, psychique et social).

Le monde du travail évolue très rapidement et les changements auxquels on assiste en ce moment, s'accompagnent d'avantages et de désavantages sur le plan de la santé. La flexibilité du travail représente une chance pour mieux équilibrer sa vie professionnelle et sa vie privée (worklife balance), mais elle peut aussi devenir un handicap pour cet équilibre, dans le cas du «travail sur appel», par exemple, qui mobilise les individus au grès des besoins de l'entreprise, sans tenir compte de la vie privée des employés. La globalisation de l'économie est une occasion d'harmoniser les «bonnes pratiques de production et de services» et de profiter des nouvelles techniques de l'information et de la communication, mais c'est aussi, pour certains responsables plus soucieux de profits rapides que de développement durable, l'occasion d'exporter les productions polluantes ou à risque, vers des pays aux lois moins exigeantes ou moins bien appliquées. Le nouveau management donne plus de place à la liberté individuelle et à la créativité des cadres dans les entreprises, mais il peut aussi se traduire par un pression psychique et un stress pathogène conduisant à l'épuisement physique et psychique. Bien d'autres exemples des aspects positifs et négatifs des changements actuels pourraient encore être cités.

Malgré cette évolution, le domaine de la Santé au Travail est resté encore très «réactif» du fait qu'il faut toujours attendre qu'un problème émerge et soit bien confirmé (evidence based medicine) pour qu'il soit pris en compte et que l'on cherche des solutions pour le maîtriser. Heureusement, de nouvelles politiques

apparaissent, plus «proactives», qui cherchent à anticiper les problèmes avant qu'ils ne se confirment. Cette approche caractérise un «bon management» qui n'attend pas que les difficultés apparaissent pour agir, mais cherche à prévoir au mieux l'évolution de la situation (économique, technique, légale, etc.) pour s'adapter sans cesse, rester compétitif et continuer à se développer.

Cette présentation vise à présenter quelques aspects de cette nouvelle approche de la Santé au Travail, sous l'angle des facteurs psychiques et psychophysiologiques, qui, dans le cadre de l'activité professionnelle, favorisent la santé.

## **Les évidences**

En 2004, deux enquêtes d'opinion sur le travail, ont été effectuées en Suisse par des instituts de sondage. Il en ressort que, dans l'ensemble, les Suisses sont satisfaits de leurs conditions de travail, ont confiance dans leur employeur et lui sont loyaux. Le salaire reste un facteur important, mais l'intérêt et le besoin d'épanouissement que le travail peut apporter sont aussi des aspects déterminants, parfois plus forts que le salaire. L'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, reste très important et les facteurs-clés de la satisfaction se résument à: un bon niveau d'éducation, l'appartenance à une petite ou moyenne entreprise, les responsabilités et le pouvoir de décision, la confiance dans l'avenir professionnel, la reconnaissance des réussites, la communication et la culture d'entreprise. Ces sondages, dont la valeur scientifique n'est pas grande, présentent l'intérêt de préciser quelles sont les valeurs importantes de la vie professionnelle pour les Suisses. Ces valeurs sont d'ailleurs confirmées par des études épidémiologiques reconnues et de haut niveau scientifique effectuées depuis plus de 15 ans par l'équipe du Professeur Michael Marmot et appelée The Whitehall Study. Plus de 10'000 fonctionnaires britanniques ont été suivis durant ces 15 dernières années, pour étudier les effets de leur environnement professionnel et social sur leur santé. Parmi les aspects déterminants mis en lumière par ces études, l'aménagement du travail (job design), les inégalités de salaire (pour un même travail) et l'équilibre entre l'effort et la reconnaissance, apparaissent comme prépondérants. De même, une plus grande variété dans les activités à effectuer et un plus grand pouvoir de décision diminuent les risques de problèmes cardio-vasculaires.

Les statistiques d'assurances montrent une tendance à la baisse des accidents et maladies professionnels (à l'exception de l'amiante) mais les enquêtes de Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Travail de Dublin, démontrent que depuis 10 ans, les conditions de travail sur le plan psychosocial, se détériorent. Une telle tendance a aussi été démontrée en Suisse par deux enquêtes du seco effectuées à une dizaine d'année d'intervalle. Cela confirment que les recherches et la prévention doivent ce développer sur tous ces aspects pour lesquels nos connaissances sont encore très insuffisantes.

Les spécialistes de l'économie, qui considèrent l'évolution de notre société avec du recul et qui cherchent à comprendre comment s'adapter au mieux aux changements en cours, insistent sur le besoin de sens qu'ont les individus, donc les entreprises. Les gens veulent donner du sens à leur vie professionnelle selon leurs propres valeurs. Le profit à tout prix ne suffit plus.

Finalement, une dernière «évidence» fondamentale est celle que le travail construit la personnalité sociale de l'individu et qu'il est donc indispensable au bon développement psychique des jeunes qui trouvent leur place dans la société par le travail. C'est pourquoi le chômage est si grave pour les individus et a des conséquences néfastes sur la santé, néfastes aussi pour la société, par la violence et la criminalité que cela engendre. Il est donc prioritaire, sur le plan de la «santé sociale», de donner du travail aux jeunes avant de demander aux personnes âgées de poursuivre leur activité professionnelle plus longtemps.

## **L'évolution actuelle**

La gestion des ressources humaines que certains préfèrent appeler la gestion des relations humaines (l'homme étant plus qu'une «ressource») évoluent rapidement dans certaines entreprises ouvertes aux nouvelles valeurs citées plus haut. La mesure et l'étude de l'absentéisme permettent de déceler des dysfonctionnements tant sur le plan des conditions de travail que sur celui du management et deviennent des outils utiles pour la promotion de la santé dans les entreprises. Mais le «présentéisme» (présence au travail sans motivation et désir de bien faire), plus difficile à mesurer et à déceler, peut aussi traduire des problèmes d'organisation de travail et de management. L'ergonomie apporte ici une très grande aide dans le diagnostic des problèmes et le choix des solutions à adopter. Les autres outils du chef d'entreprise ou du responsable des relations humaines s'appellent: formation continue, communication, style de management, psychosociologie des organisations, etc. La promotion de la santé dans les entreprises s'est bien développée ces dernières années et illustre la volonté de certaines entreprises, d'agir dans le sens d'une véritable politique «proactive», indépendante des pressions légales, souvent mal ressenties.

Parfois, cependant, les pressions légales sont considérées comme une occasion, non seulement de se mettre en conformité, mais aussi de profiter des adaptations nécessaires à effectuer pour aller plus loin et développer de nouveaux outils de gestion qui dynamisent l'entreprise et la rendent plus compétitive. L'exemple de la mise en application de la Directive MSST, issue de l'Ordonnance sur la Prévention des Accidents de la LAA est une illustration parfaite de l'attitude des entreprises à l'égard de la Santé au Travail. D'un côté, on trouve les entreprises qui se limitent au strict minimum pour être en conformité et de l'autre on trouve les entreprises qui profitent de cette occasion pour harmoniser leur programme de protection de l'environnement, de gestion de la qualité et de leur programme de promotion de la santé pour en faire une politique globale cohérente, rentable et favorable à leur image de marque.

L'économie, elle aussi, est en mutation. La croissance à tout prix, comme seul facteur de succès ne pourra tout simplement pas continuer indéfiniment, comme la logique peut le faire comprendre. D'autres critères de succès, d'autres types de profit doivent émerger pour éviter les très graves crises que certains annoncent si l'on ne redresse pas la barre. Des experts reconnus en économie ont déjà tiré la sonnette d'alarme et préconisent de donner plus de poids au développement durable, aux conditions de travail salutogènes, à l'intelligence «émotionnelle» des entreprises (en complément à l'intelligence «cognitive» prise en compte par le «knowledge management»), et à bien d'autres valeurs déjà mentionnées.

## **Conclusion**

Les défis à relever pour que le travail continue à être un facteur de santé psychique et se renforce dans ce sens, sont nombreux. Pour les jeunes, il n'est pas toujours simple de trouver un travail qui correspond à leurs aspirations ou même seulement de trouver un travail. Pour les entreprises, leur survie exige parfois que du personnel soit licencié, mais en même temps, elles ne pourront survivre que si elles fidélisent et motivent leurs employés. Il s'agit d'un véritable paradoxe. Pour l'économie, il faut trouver d'autres paradigmes que celui de la croissance obligatoire. Efficacité et créativité devraient devenir plus importantes que la quantité de production. Pour la société, les nouvelles valeurs pourront émerger si le climat social et la sécurité économique sont bons. Un récent rapport du Bureau International du Travail sur ce sujet démontre que la sécurité économique n'est pas forcément liée au produit intérieur brut du pays mais qu'elle repose sur d'autres critères de société qui favorisent la tolérance et le bien-être.

Pour relever tous ces défis, il est nécessaire de promouvoir la recherche et la formation dans ces domaines, car le besoin de connaissances est immense. La Suisse saura-t-elle répondre à cette demande ?

La Santé au Travail est un domaine vital qui touche à de nombreux aspects de notre Société. L'économie du pays est étroitement liée à la bonne santé des forces de travail et la paix sociale passe par le respect des individus dans leur droit au travail. La Santé au Travail est une priorité de Santé Sociale.

### **Adresse de l'auteur:**

Prof. Dr. Michel Guillemin  
Institut universitaire romand de Santé au Travail (IST)  
Rue du Bugnon 19  
1005 Lausanne  
michel.guillemin@hospvd.ch

# Rapports entre les contraintes professionnelles, la satisfaction au travail et la santé.

## Remarques sur un thème actuel

Volker Schade

### Introduction

#### Le travail professionnel en mutation

Le travail professionnel fait l'objet d'une attention accrue. Aujourd'hui, il est bien plus qu'un «gagne-pain» et représente une valeur centrale de notre société.

Il s'agit toutefois dans le même temps d'un problème essentiel dont les causes sont diverses: certains travaillent trop et sont surchargés alors que d'autres n'ont pas d'activité (professionnelle payée). Nous assistons à une «lutte» pour le travail, ressource qui ne se trouve qu'en quantité limitée.

En un mot, le travail est populaire, à plusieurs égards.

Ceux qui ont un travail sont certes contents de l'avoir, mais beaucoup ne sont pas satisfaits des conditions qui l'accompagnent. Le stress et la pression de rendement sont des phénomènes qui ont pris une importance accrue ces dernières années. Et qui ont entraîné dans leur sillage de plus en plus de problèmes de santé.

En examinant de plus près les contraintes liées au travail, on constate par ailleurs qu'un net changement s'est opéré dans les 20 à 30 dernières années, tout du moins dans les sociétés occidentales développées. Durs travaux physiques, bruit et poussières n'ont certes pas disparu (pas même dans le pays très développé qu'est la Suisse), mais ce ne sont plus ces contraintes qui dominent le tableau actuel.

Les activités qualifiées et par exemple la nécessité de collaborer de façon intensive dans de nombreux secteurs ont entraîné d'autres contraintes, psychosociales celles-là.

Même une compréhension avancée de la démocratie a oublié de s'arrêter aux portes des entreprises et des institutions. Démocratie d'entreprise, possibilités de synergie dans le travail et liberté de décision sont des principes d'organisation qui peuvent avoir une incidence négative s'ils sont de par trop négligés.

Aujourd'hui, les contraintes et le stress dont nous souffrons sont différents de ceux de nos pères et mères il y a 30 ans.

## **Qu'en est-il pour la Suva?**

La Suva doit également faire face aux effets de ces évolutions. Aujourd'hui, les expertises psychiatriques et neurologiques sont nettement plus nombreuses qu'autrefois. Les problèmes purement orthopédiques des patients connaissent par exemple un recul proportionnel, force est même de constater à maintes reprises une composante psychique «de nature quelconque» dans la problématique globale. Et cette composante psychique semble souvent trouver ses origines dans le travail.

Pour tenter de régler les problèmes des patients, il faut donc considérer l'activité professionnelle sous tous ses aspects.

Cet article est le résumé d'un exposé de l'auteur tenu le 9 novembre 2004 à la journée annuelle de la médecine de la Suva.

Le titre de cette journée était d'ailleurs révélateur: «Travail, stress et santé». Le problème est connu.

## **Travail et santé: une aventure avec l'endemain?**

### **Promotion de la santé grâce à l'organisation du travail: mais encore?**

«Quand la santé va, tout va»: l'expression ne s'applique pas seulement aux vœux de fin d'année. Pour la majorité d'entre nous, il s'agit vraiment d'un bien suprême. Pour beaucoup, être en bonne santé signifie simplement ne pas être malade.

La définition largement acceptée de l'OMS est toutefois plus étendue. Elle se réfère à un bien-être physique, psychique et social. Exigence bien élevée vers laquelle il faut s'orienter.

Le travail joue à différents égards un rôle important dans le processus des maladies ou justement dans celui de la santé.

Si l'activité professionnelle s'accompagne de mauvaises sollicitations (liées par exemple à des contraintes ergonomiques, au manque de temps, au surmenage), il faut s'attendre à des conséquences sur plusieurs plans:

- sur le plan physiologique: hypersécrétion d'adrénaline et de cortisol, troubles psychosomatiques, etc.;
- sur le plan psychique: tension, énervement, frustration, monotonie, résignation, etc.;
- sur le plan comportemental: baisse du rendement et de la concentration, procédés simplifiés, conflits, absences, nicotine, alcool, etc.

L'organisation du travail doit donc éviter ou supprimer les contraintes et les mauvaises sollicitations, ne serait-ce que pour prévenir les cas de maladie.

Toutefois, le travail peut aussi encourager la «véritable» santé. Ici, des aspects tels qu'options d'action ou autonomie dans le travail, possibilités d'apprentissage et de développement sont importants.

Il s'agit en l'occurrence de critères qui concernent une «organisation du travail à visage humain» mais qui, dans le même temps, correspondent à une «organisation du travail en faveur de la promotion la santé».

On pourrait également s'exprimer en d'autres termes: celui qui contrôle la situation au travail, celui qui peut participer aux décisions et toujours en retirer des enseignements, celui-là demeure en bonne santé.

### **Coup d'œil sur la recherche**

Il ne s'agit pas seulement de théorie. Des résultats récents montrent que davantage de liberté d'action et de décision dans le travail permettent un recul des dyssomnies et des troubles digestifs des collaborateurs.

A l'inverse, de faibles possibilités d'apprentissage favorisent le développement de troubles de la santé.

Une autre étude a même prouvé il y a peu de temps que le travail très bien organisé (travail en faveur de la promotion de la santé) avait vraiment des effets plus positifs que le travail suffisamment organisé (sans risque de mauvaises sollicitations).

Le travail très bien organisé se distingue du travail suffisamment organisé par davantage de marge de manoeuvre, des exigences intellectuelles plus élevées et davantage de feed-back sur les prestations fournies.

Les activités de travail très bien organisées exigent certes davantage des collaborateurs et sont plus «intenses» que les activités suffisamment bien organisées. Les travailleurs récupèrent néanmoins plus vite (meilleur taux de diminution de la pression diastolique pendant la nuit).

Toutefois, il ne suffit manifestement pas de chercher uniquement à éviter les mauvaises sollicitations.

Examinons de plus près ces aspects avec les problèmes de dos.

## **Problèmes de dos: quelles sont les causes de cette maladie populaire?**

### **Forte augmentation dans les dernières décennies**

Quand on a déjà eu très mal au dos (et il s'agit de la plupart d'entre nous), on sait que la douleur s'accompagne souvent de mauvaise humeur et d'irritabilité. Elle prend possession de nous, avant tout quand elle dure assez longtemps.

Quelle est l'origine des dorsalgies? S'agit-il avant tout de mauvaises positions au travail ou uniquement de lésions des disques intervertébraux? Ou encore de facteurs d'influence en rapport avec d'autres conditions de travail?

Avant d'étudier ces questions, il faut constater un fait: les dorsalgies sont probablement aussi anciennes que l'Humanité elle-même. On suppose qu'aujourd'hui,

dans les pays occidentaux industrialisés, quatre personnes sur cinq en souffrent durant leur vie. On estime que trois à quatre pour cent de la population ont des dorsalgies chroniques, qui occasionnent des coûts très importants.

On assiste à une explosion des coûts. Ainsi, les coûts directs (p. ex. hospitalisations, visites médicales, médicaments) ont presque doublé aux Etats-Unis entre 1984 (estimation de 12,9 milliards de dollars) et 1990 (estimation de 24,3 milliards de dollars). On pense que les coûts indirects (p. ex. perte de productivité des entreprises, paiements compensatoires, dépenses pour les rentes anticipées et l'invalidité) représentent le double ou le triple.

On peut parler d'ordres de grandeur similaires en Suisse.

Nous avons donc affaire à un problème psychosocial et économique de tout premier rang que la Suva doit traiter en permanence.

### En bonne santé: dans quelle mesure?

Des études ont aussi montré de nombreuses altérations pathologiques des disques intervertébraux chez des sujets ne souffrant pas («sains»). L'étendue ne se distinguait pas nettement des personnes qui devaient bientôt subir une opération («patients»; cf. fig. 1).

Ce point mérite d'être souligné, car les patients et les sujets sains avaient des contraintes physiques comparables au travail.

Les deux groupes avaient par ailleurs des sollicitations corporelles en moyenne plus élevées que celles des personnes d'échantillonnages «normaux» (échantillonnages dits aléatoires).

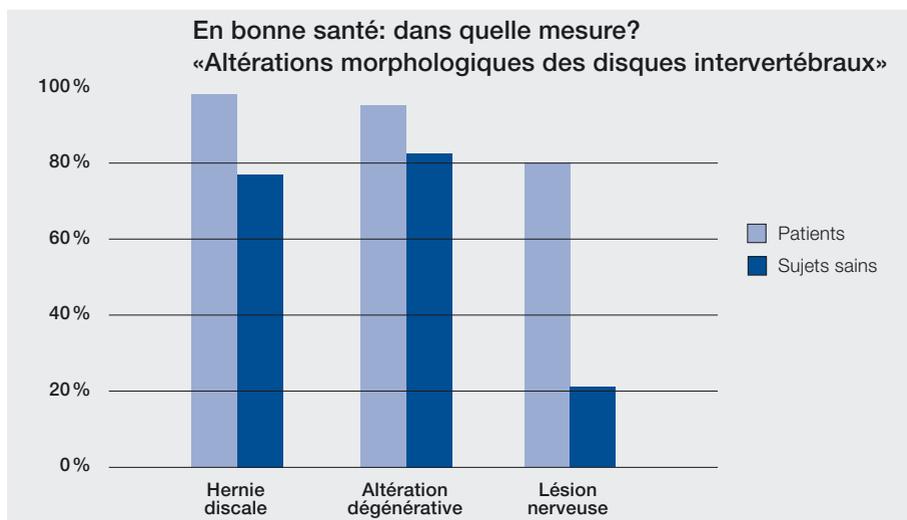


Fig. 1 (Source: Schade, 1996)

Manifestement, de telles contraintes entraînent davantage d'altérations pathologiques des disques intervertébraux au niveau lombaire, mais pas forcément de douleurs dans cette région. D'autres facteurs doivent jouer un rôle dans l'apparition de problèmes de dos.

Ainsi, les patients étaient beaucoup plus anxieux et dépressifs que les sujets sains. Pas étonnant, avec les douleurs, pourra-t-on rétorquer. Toutefois, ce qui est moins évident, c'est que les patients avaient une moins grande satisfaction et une plus grande pression mentale au travail que les sujets sains.

### Mauvais travail égale maladie

Pour tenter de comprendre un peu mieux ces situations compliquées, on a réinterrogé les patients deux ans après l'opération. Il était particulièrement intéressant de savoir s'ils n'avaient plus de douleurs et s'ils étaient retournés au travail. Il s'agit là de critères reconnus pour la réussite de l'opération.

Seuls les patients qui présentaient les plus fortes affections avaient retiré un bénéfice de l'opération. Deux ans après, ils n'avaient pratiquement plus de douleurs.

Ces mêmes patients ont pu reprendre rapidement le travail.

Le retour au travail après l'opération avait par ailleurs pu être «prédit» d'après l'ampleur de la dépression.

Toutefois, il faut souligner que le stress, l'insatisfaction et les lourdes sollicitations physiques au travail ont aussi eu une influence significative (cf. fig. 2).

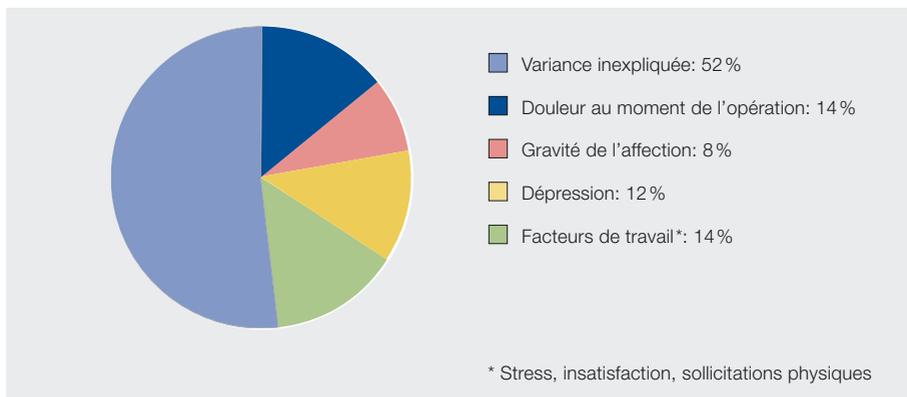


Fig. 2: Patients: «Prévisions concernant la reprise du travail après l'opération» (Schade, 2004)

Ainsi, les personnes qui, au moment de l'opération, étaient moins dépressives, moins stressées au travail et globalement satisfaites de leur poste ont repris leur activité plus vite.

En inversant et en simplifiant la formulation, on pourrait aussi dire que les patients qui avaient un mauvais travail et qui étaient plus dépressifs ont repris plus tard leur activité ou n'ont pas repris du tout leur travail «mal-aimé» et ont conservé leurs douleurs.

Ces patients présentaient aussi des affections intervertébrales en général moins graves au moment de l'opération. Alors que, du point de vue médical, on pouvait considérer que les interventions étaient réussies, elles ne l'étaient pas pour les intéressés.

L'insatisfaction au travail et la dépression ne s'opèrent pas.

Justement: mauvais travail égale maladie.

## **Conditions de travail des médecins: quelle situation?**

Le dernier exemple concerne un thème très actuel: la charge et les horaires de travail des médecins dans les hôpitaux suisses.

Nous voulons brièvement montrer les conséquences que peut avoir une lourde charge de travail et la façon de combattre ces effets en organisant le travail.

### **Lourde charge de travail et conséquences**

Dans un grand hôpital universitaire suisse, dans le cadre d'un vaste projet, tous les médecins-assistants et les médecins-chefs (MA et MC) ont été soumis en l'an 2000 à un questionnaire global sur leur situation de travail. Une série de mesures a ensuite été mise en œuvre pour changer les processus. De plus, de nombreux postes médicaux et aussi quelques postes administratifs ont été créés.

Pour évaluer l'intérêt du projet, les médecins ont été réinterrogés en 2003.

Soulignons tout d'abord un résultat important: entre 2000 et 2003, les différentes mesures ont permis de réduire le temps de travail moyen des médecins d'environ douze heures par semaine. Cet aspect est aussi très important dans le contexte des discussions sur la soumission des médecins à la loi sur le travail.

La proportion de médecins épuisés émotionnellement était particulièrement alarmante en 2000. Elle était encore élevée en 2003, mais les «cas critiques» avaient pu être réduits d'environ un cinquième (cf. fig. 3).

Voilà un autre signe de développement positif de la charge de travail.

Par ailleurs, en 2003, de nombreux domaines (p. ex. activités de loisirs, temps pour la famille et les amis, temps pour la formation) étaient nettement moins compromis par les horaires de travail par rapport à 2002 encore.

## Epuisement émotionnel (médecins, hôpital universitaire)

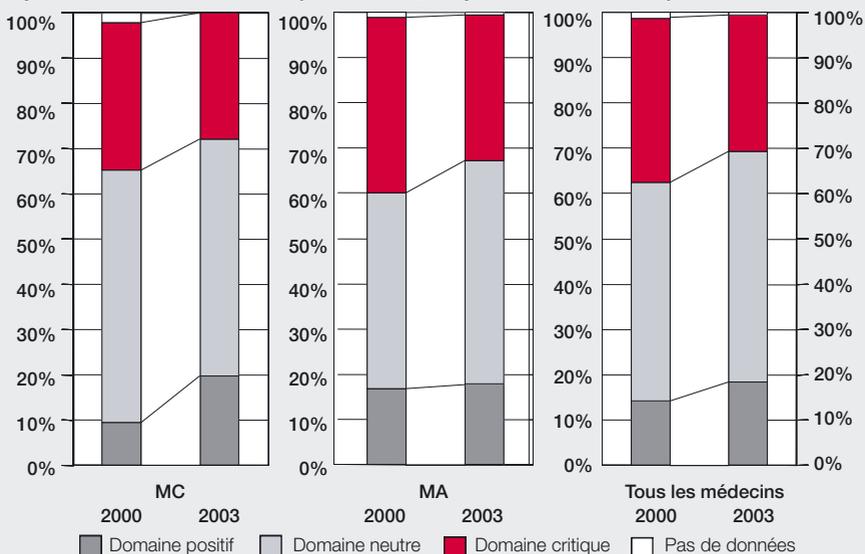


Fig. 3

Le «work-life-balance» est une notion actuelle. Les résultats de 2003 permettent de conclure à un rapport équilibré entre activité professionnelle et autres domaines de la vie par rapport à 2000.

Tous ces résultats sont un encouragement.

Les nombreuses heures de travail des médecins (et par la même un facteur de charge important) ont ainsi été nettement réduites, avec des effets positifs. Il subsiste toutefois des problèmes qu'il convient de supprimer. Ainsi, en 2003, la satisfaction au travail était seulement moyenne. Il faut encore apporter une attention accrue à cet aspect.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la réduction de la charge de travail seule n'est pas suffisante.

Les médecins interrogés attendent eux-mêmes une nette amélioration de leurs conditions de travail en particulier à partir du «transfert d'activités non médicales» à du personnel formé en conséquence. Ils pourraient ainsi mieux se concentrer sur leurs activités propres, avec une diminution des interruptions ainsi que davantage de liberté d'action et d'autonomie dans la réalisation des tâches.

### Transfert des activités non médicales et administratives: que peut-on faire?

Dans une unité de lits de cet hôpital, on s'est fixé pour but de délester les médecins-assistants de telles tâches. La réduction des heures de travail, la simplification de la collaboration et une plus forte satisfaction des médecins et des autres groupes de collaborateurs constituaient d'autres objectifs.

Ces objectifs devaient être atteints par une optimisation des processus de travail administratifs concernant l'hospitalisation des patients, avec en premier lieu l'amélioration ou la centralisation de l'ensemble de la gestion des dossiers.

Au cours du projet, un poste administratif «case management» a été créé. Des discussions intenses avec les médecins, le personnel soignant et les collaborateurs administratifs avaient auparavant permis d'établir une claire description des tâches en question.

Environ une demi-année après l'entrée en fonction de la case manager, l'intérêt du poste a été évalué (preuve de l'efficacité). Ce temps était aussi nécessaire pour bien fixer le champ d'activité.

Les résultats de l'évaluation sont extrêmement prometteurs. Les heures de travail ont pu être réduites d'environ 35 minutes par jour et par médecin. Cet aspect mérite d'être souligné, car le volume de travail de l'unité de lits avait considérablement augmenté durant le temps de l'évaluation.

La part de tâches non médicales et administratives jugées transférables par les médecins a pu être réduite de moitié environ.

Dans l'ensemble, on a constaté un «déplacement» d'activités. Ainsi, les médecins avaient par exemple davantage de temps pour des activités orientés sur les patients ainsi que pour le perfectionnement et la formation continue.

Le flux d'informations, la réglementation des compétences ainsi que la collaboration au sein de l'unité de lits ont été ressentis comme nettement meilleurs. Les autres groupes professionnels ont aussi perçu des améliorations.

Autre constatation réjouissante: les médecins décrivent une efficacité beaucoup plus grande. La fragmentation du travail a nettement diminué avec le nouveau case management.

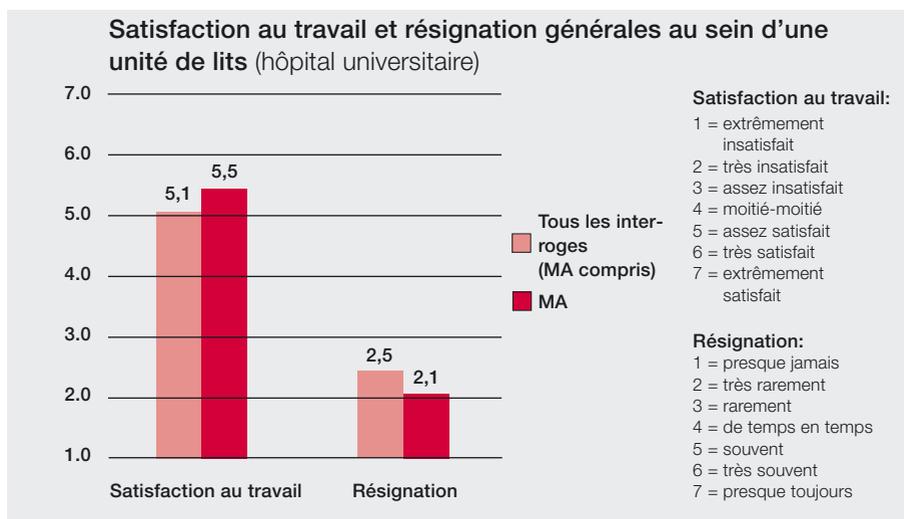


Fig. 4 (Source: Schade, Graf, Bühler & Sturzenegger, 2003)

Les développements positifs ont dans l'ensemble entraîné une plus grande satisfaction au travail (supérieure d'un point à la moyenne enregistrée en 2003, cf. fig. 4).

### **Que nous apprend ce modèle?**

Il est possible de décharger les médecins de tâches administratives et de créer dans le même temps des emplois intéressants et comportant des responsabilités. Des bases conceptuelles claires sont toutefois nécessaires. Une telle approche pourrait être une autre possibilité judicieuse de créer de nouveaux postes de médecins.

Il est aussi clairement apparu que la charge de travail devait être réduite et que les conditions de travail devaient être organisées pour conduire à une autonomie et à une satisfaction au travail. On peut alors véritablement parler de promotion de la santé.

### **En bref**

Travail et santé peuvent connaître une relation bonne et durable, mais le travail doit faire le premier pas. Il doit aller vers la santé, changer et «faire des efforts de présentation». S'il est suffisamment attirant, la santé demeurera longtemps à ses côtés.

Comme toute relation, celle-là n'existe pas non plus en vase clos. De nombreux autres facteurs jouent un rôle.

Certains de ces facteurs peuvent être influencés, d'autres pas.

Quand bien même: nous pouvons faire beaucoup pour le maintien et la promotion de la santé. Dans de nombreux cas, les activités doivent être encore mieux structurées. Les exemples décrits ont montré que cette approche peut fonctionner.

Bon travail et santé ne vont pas l'un sans l'autre (cf. fig. 5). Cette constatation peut paraître assez simple, mais elle est vraie. Nous ne devons pas pour autant nous reposer.

Le travail mérite toute notre attention. Pour le bien de tous.



**Fig. 5**

## **Bibliographie**

- Schade, V. (1996). Schmerzentstehung und Schmerzchronifizierung im unteren Rücken. Eine kontrollierte Längsschnittstudie zur Bedeutung von arbeitsbedingten, psychischen, sozialen und medizinischen Faktoren. Dissertation, Universität Bern.
- Schade, V. (1997). Arbeitsplatz entscheidet mit, wer leiden muss. Uni Press (Bern), Nr. 95, 3-6.
- Schade, V., Semmer, N., Main, C.J., Hora, J. & Boos, N. (1999). The impact of clinical, morphological, psychosocial and work-related factors on the outcome of lumbar discectomy. Pain, 80, 239-249.
- Schade, V., Graf, N., Bühler, R., Sturzenegger, M. (2003). Case-Management in der Neurologie: Entlastung durch Verlagerung. Inselbote. Die Hauszeitschrift des Inselspitals Bern, 4, 37-41.
- Schade, V. (2004). Partnerschaft ist ein Erfolgsfaktor. VSAO-ASMAC Journal, 23 (5), 21-24.

### **Adresse de correspondance:**

Dr. phil. Volker Schade, Arbeitspsychologe  
Cpmo-Centrum für PersonalManagement  
und Organisationsgestaltung  
Effingerstrasse 45  
3008 Berne  
volker.schade@cpmo.ch

# Mutations dans le monde du travail

Marcel Jost

Les nouvelles technologies, l'organisation des entreprises et des conditions de travail, la révolution profonde des moyens d'information et de communication, la concurrence de plus en plus dure et l'évolution démographique entraînent des mutations continues dans le monde du travail. Quelques-uns de ces changements affectant les domaines chimique, biologique et physique, l'appareil musculosquelettique, l'ambiance de travail et le profil de la population active sont abordés dans les lignes qui suivent. Les modifications du monde du travail entraînant avant tout des conséquences au niveau psychosocial ont été mises en évidence dans les discussions survenues lors du Forum organisé par la Suva sur les troubles de la santé associés au travail.

## **Changements induits dans le monde du travail par les nouvelles technologies**

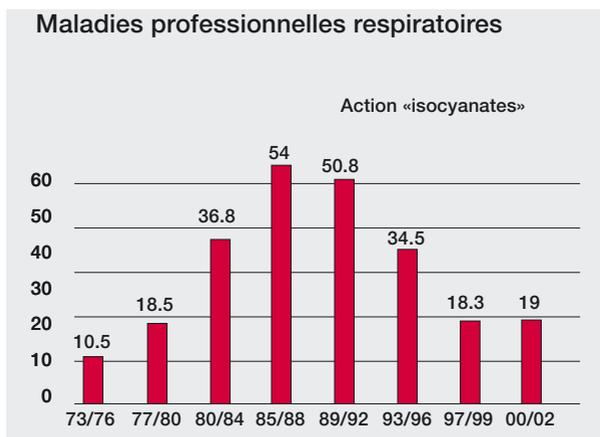
Les nouvelles technologies ont entraîné au cours des dernières années des problèmes de santé inconnus jusqu'alors, dans les domaines chimique, biologique et physique.

### **Risques chimiques**

Un exemple actuel de risque pour la santé causé par de nouvelles technologies est le recours à l'acrylamide et à la N-méthylacrylamide dans certains produits servant à l'étanchéification rapide lors de travaux souterrains. Lors du mélange, du pompage et de l'injection de cette masse, ces deux produits peuvent être résorbés par voie respiratoire ou cutanée. Au cours de leur utilisation dans un important chantier souterrain en Suède, 23 ouvriers sur 210 ont présenté une polyneuropathie; pratiquement à la même époque, 24 ouvriers ont souffert de la même atteinte en Norvège. Ces substances neurotoxiques provoquent une atteinte démyélinisante et axonale sur les nerfs périphériques. Ce type de polyneuropathie s'est heureusement avéré réversible dans la majorité des cas. Cet exemple illustre comment de nouvelles technologies peuvent entraîner des pathologies inconnues jusqu'alors dans le domaine chimique (1,2).

Au cours des années 70 et 80, la Suva a enregistré une importante augmentation des atteintes respiratoires causées par les isocyanates. Cette exposition survient lors du recours aux polyuréthanes. Ceux-ci sont utilisés entre autres dans les peintures de carrosseries, de bois et de métaux, sous forme de mousses à expansion, dans la fabrication de matériaux isolants, de pièces de

véhicules et de divers appareils, sous forme d'élastomères, de colles et de revêtements de textiles et de cuirs. Les isocyanates peuvent causer des asthmes, des pneumopathies d'hypersensibilité, des irritations des voies respiratoires supérieures et des bronches. Au début des années 90, les isocyanates constituaient la cause la plus fréquente des asthmes professionnels dans le secteur industriel. Ils présentaient ainsi un défi aussi bien pour la Suva, organe d'exécution responsable de surveiller la prévention des maladies professionnelles, que pour les employeurs. Grâce au renforcement des mesures de protection techniques, organisationnelles et personnelles, le nombre des affections respiratoires causées par les isocyanates a nettement diminué au cours des années 90, et ceci malgré un recours accru aux divers procédés impliquant les polyuréthanes (figure 1) (3).



**Fig.1: Nombre d'affections respiratoires reconnues comme maladies professionnelles causées par les isocyanates de 1973 à 2002.**

Le développement de nouvelles techniques industrielles visant à améliorer la qualité et la productivité réclament des adaptations continues lors de la recherche des causes éventuelles de pathologies professionnelles. C'est ainsi que les dermatologues sont amenés à tenir compte des nouvelles formulations des liquides de refroidissement ou des peintures (4,5) et plus généralement des nouveaux allergènes de contact (6) lors des investigations sur les causes d'une dermatose.

Selon une estimation provenant de l'UE, environ 100'000 produits chimiques sont sur le marché, dont 30'000 d'utilisation courante. Des données toxicologiques détaillées n'existent que pour 10'000 produits, mais elles ne sont suffisantes pour fixer des valeurs limites d'exposition que dans moins de 1'000 cas. Il faut donc s'attendre dans les prochaines années à voir apparaître des atteintes à la santé d'origine chimique inconnues actuellement. Dans le domaine des nouveaux développements techniques, il conviendra notamment de suivre attentivement le recours aux nanoparticules, c.à.d. aux particules d'une taille inférieure à 100 nm.

## Risques biologiques

Dans le domaine des risques biologiques, les changements introduits dans le traitement des déchets ont entraîné une augmentation de l'exposition des travailleurs aux microorganismes, principalement lors de la valorisation des déchets ou du compostage des produits organiques. De telles expositions peuvent provoquer des maladies infectieuses, des pathologies liées aux endotoxines et aux mycotoxines, telles que l'«Organic Dust Toxic Syndrome», des allergies – p. ex. aux moisissures telles que l'*Aspergillus fumigatus* – ou l'aspergillose allergique broncho-pulmonaire (7). Le recours accru à la biotechnologie et l'installation de plus en plus fréquente de systèmes de climatisation impliqués parfois dans le sick building syndrome constituent d'autres exemples de modifications des conditions de travail (8).

Dans le secteur sanitaire, c'est surtout la pandémie VIH qui présente depuis deux décennies un risque nouveau pour les travailleurs. Le risque moyen de séroconversion lors d'exposition percutanée à du sang contaminé par le VIH (piqûre d'aiguille) est de 0,3%. Ce risque est modulé dans chaque cas particulier; il est augmenté par des facteurs tels que profondeur de la piqûre, présence visible de sang sur l'instrument, blessure par une aiguille ayant servi à une ponction veineuse ou artérielle, patient index au stade terminal du sida. En Suisse, on recense à ce jour deux cas certains et un cas probable de contamination professionnelle par le VIH dans le secteur sanitaire. Le risque de contamination par le virus de l'hépatite B ou C est plus élevé : respectivement 20–60% et 2%. Le danger constitué par les infections transmissibles par le sang au sein et en dehors du secteur sanitaire est à l'origine d'un grand nombre d'actions préventives développées au cours de ces dernières années, comme en témoignent notamment les moyens d'information consacrés à ce thème par la Suva (9,10).

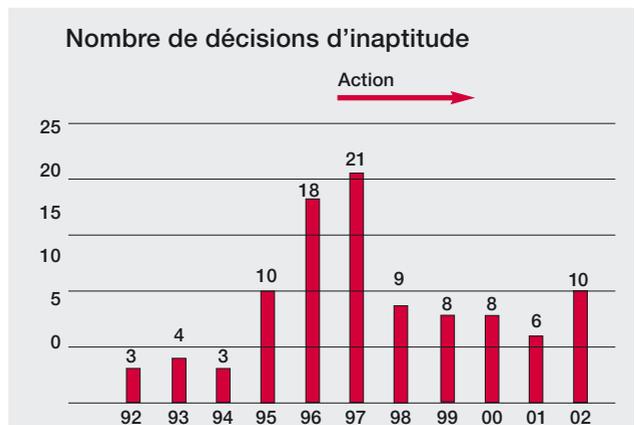


Fig. 2: Nombre de décisions d'inaptitude prononcées par la Suva pour les travaux exposant au latex entre 1992 et 2002.

Pour prévenir les infections transmises par le sang lors d'activités invasives ou comportant un risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques, le port de gants en latex a fortement augmenté au cours des années 90, ce qui a déclenché un nouveau problème. Le latex n'est pas susceptible d'entraîner seulement des allergies cutanées; les particules de latex se déposent sur la poudre des gants et peuvent ainsi causer des allergies respiratoires. Le recours accru aux gants en latex, associé à une baisse vraisemblable de leur qualité, a provoqué au cours des années 90 une nette augmentation des allergies en Suisse, qui se reflète également par le nombre des décisions d'inaptitude prononcées par la Suva. Aujourd'hui, en dehors d'autres mesures, on recommande d'utiliser des gants sans latex ou au moins des gants pauvres en latex et non poudrés (11). Les recommandations publiées par les allergologues et par la Suva ont abouti à une diminution des allergies professionnelles au latex et, consécutivement, des décisions d'inaptitude prononcées dans ce contexte (figure 2).

### Risques physiques

Des risques nouveaux sont également observés dans le domaine physique. Les chantiers des nouvelles transversales alpines du Gotthard et du Lötschberg en sont un exemple. Les moyens actuels permettent le percement de longs tunnels de base à grande profondeur. En raison de cet important recouvrement rocheux, la température de la roche est de l'ordre de 45° au Lötschberg et l'on s'attend au Gotthard à des températures dépassant 50°. Cette situation constitue une charge importante pour les travailleurs et implique de nouvelles exigences en matière de climatisation. C'est pourquoi la Suva a publié des recommandations pour les travaux souterrains en milieu chaud et humide, comportant des valeurs limites (12). En outre, les examens médicaux préventifs pour les travailleurs concernés ont été adaptés par la Suva, afin de tenir compte de la charge des travaux en milieu chaud et humide. Comme le montre la figure 3, un plus grand nombre d'examen médicaux complémentaires est rendu nécessaire par la pro-

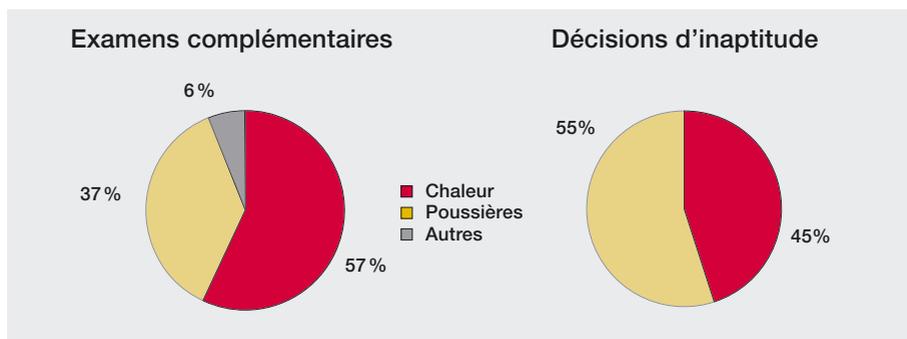


Fig. 3: Examens complémentaires et décisions d'inaptitude dans le cadre de la prévention médicale sur le chantier sud du tunnel du Lötschberg

blématique climatique que par l'exposition à la poussière ou tout autre problème de santé. 45 % des décisions d'inaptitude prononcées sur le chantier sud du Lötschberg concernaient des problèmes de santé liés aux conditions climatiques. La Suva a ainsi adapté les examens médicaux préventifs sur les chantiers des transversales alpines aux nouvelles conditions de travail.

Toujours dans le domaine des risques physiques, on peut citer le problème du travail dans les atmosphères appauvries en oxygène. Afin de diminuer les risques d'incendie, on planifie en Suisse l'installation de dépôts au sein desquels la teneur en oxygène est de 13–17 %. Afin de garantir la sécurité des travailleurs, la mise en œuvre de mesures techniques et médicales approfondies est nécessaire.

En ce qui concerne les contraintes imposées à l'appareil musculo-squelettique, un changement important a résulté de l'automatisation de nombreux postes de travail. Celle-ci a entraîné d'une part une diminution bienvenue de la charge cardiovasculaire et musculo-squelettique globale. D'autre part, à certains postes de travail, des mouvements répétitifs ou des postures contraintes peuvent constituer les conséquences indésirables de l'automatisation. Cette dernière comporte également une prépondérance des tâches de contrôle et de surveillance associées à une charge psychomotrice accrue.

## **Environnement professionnel et travailleurs**

L'environnement de travail au sens large du terme se modifie également. Au cours des 5 dernières décennies, la proportion des travailleurs du secteur primaire, l'agriculture, est passée d'environ 20 % à moins de 5 %. Dans le secteur secondaire – l'industrie – également, la proportion des travailleurs a décliné d'environ 50 % à 25 % durant le même intervalle de temps. De plus en plus de personnes sont actives dans le secteur des services, le pourcentage correspondant ayant plus que doublé au cours des 5 dernières décennies, de 30 % à plus de 70 % (figures 4 et 5). Conséquence partielle de ce qui précède, le nombre de postes de travail à l'écran est en constante augmentation. Comme le montre le graphique du seco présenté à la figure 6, le nombre des postes de travail à l'écran connaît en Suisse une croissance pratiquement linéaire depuis une vingtaine d'années (13). Il est bien connu que des problèmes ergonomiques à ces postes de travail peuvent provoquer des troubles au niveau oculaire et musculo-squelettique et que des programmations mal conçues causent une surcharge psychomotrice. Enfin, le travail à l'écran peut être associé à un manque d'exercice physique susceptible de contribuer entre autres à la genèse d'un syndrome métabolique.

La population salariée se modifie également. En raison de l'évolution démographique, la proportion de travailleurs âgés va s'accroître, comme le montre une étude de l'UE (14). La proportion de femmes, en partie mariées et assumant une

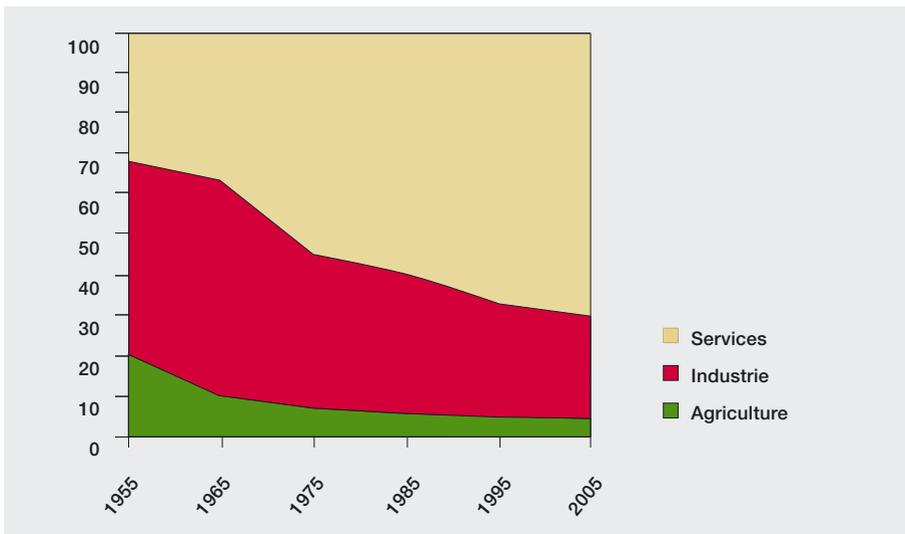


Fig. 4: Proportion des travailleurs dans les secteurs de l'agriculture, de l'industrie et des services de 1955 à 2005

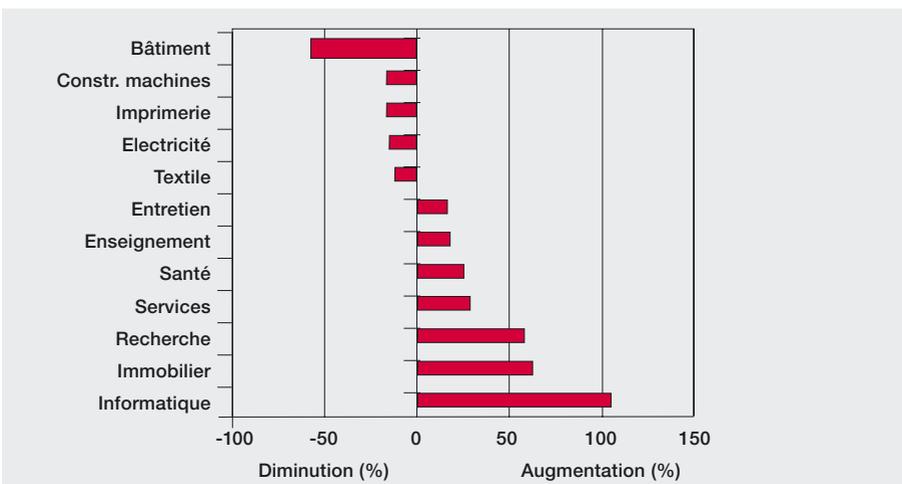


Fig. 5: Variations relatives du nombre de salariés dans certains secteurs de l'industrie et des services entre 1994 et 2004

double tâche familiale et professionnelle, augmente depuis des années. Selon l'Office fédéral de la statistique, leur proportion est passée de 36,9% à 44,7% au cours des 20 dernières années; ainsi le nombre des femmes salariées en Suisse a augmenté de plus de 650'000 durant cette période. La multiplicité des tâches est susceptible d'induire des conflits, lorsque des contraintes extraprofessionnelles ne laissent que peu de marge de manœuvre, telles que le soin des

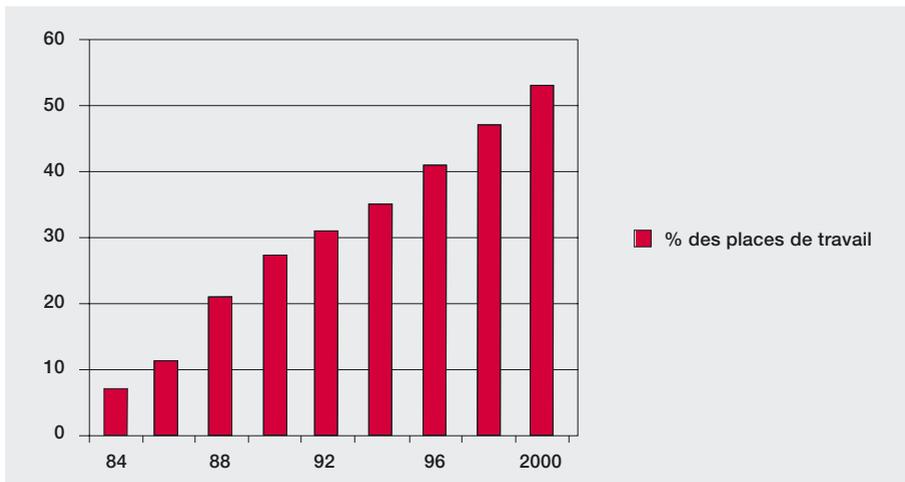


Fig. 6: Pourcentage des postes de travail équipés d'écrans en Suisse

enfants et la tenue du ménage (15). La proportion des migrants augmente également au sein des salariés suisses. Leur nombre et leur provenance sont susceptibles d'avoir une influence sur le monde du travail. Une étude récente a montré comment les facteurs de stress, basés sur le nombre de symptômes mentionnés, sont évalués dans divers pays. Comme le montre la figure 7, les charges psychosociales aux postes de travail sont ressenties de façon beaucoup plus marquée en Grèce, en Italie, en France et en Espagne que par exemple en Irlande, en Autriche ou en Grande-Bretagne. Ce vécu variable face aux facteurs de stress pourrait être importé dans le monde du travail d'un pays à l'autre, à la faveur de l'immigration (16). Il est également établi que le nombre d'atopiques augmente en Suisse, ce qui entraîne un accroissement du nombre de maladies professionnelles causées par des substances allergisantes ou irritantes pour la peau. Cet élément peut expliquer en partie le fait que le nombre de maladies professionnelles de la peau n'a que peu diminué en Suisse au cours des 10 dernières années, et ceci malgré le renforcement des mesures de prévention et de soins des atteintes cutanées.

## Facteurs psychosociaux et changements dans le monde du travail

Dans le cadre de cette analyse, les causes des changements intervenus dans le domaine des charges psychosociales peuvent être rangés en trois catégories. Ces changements ont trait à la structure des entreprises et des relations de travail, au durcissement de la concurrence ainsi qu'aux transformations fondamentales des technologies d'information et de communication.

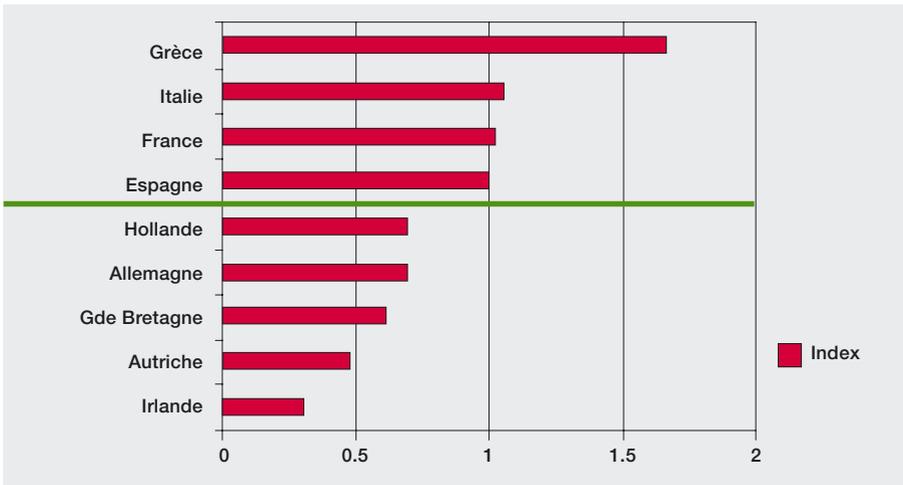


Fig. 7: Estimation des facteurs de stress aux postes de travail basée sur un index des symptômes de stress dans divers pays d'Europe

- Structure des entreprises et relations de travail: Les entreprises doivent faire face à la globalisation; elles font fréquemment partie d'un groupe international. Les travailleurs doivent s'adapter à une nouvelle division du travail dans laquelle chaque unité organisationnelle constitue une structure économique indépendante et à l'outsourcing de certains secteurs. L'outsourcing et l'adjudication de mandats aboutit parfois à ce que d'anciens employés se retrouvent occupés comme indépendants dans de nouvelles et souvent minuscules entreprises, à leurs risques et périls, et ne bénéficient plus d'un contrat de travail avec l'entreprise mère. On constate au sein des entreprises une tendance à proposer des contrats de durée limitée ou à temps partiel. L'enquête effectuée en 2000 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail montre que 18% des salariés sont engagés par le biais d'un contrat à terme et 17% à temps partiel. Un quart environ des employés à temps partiel augmenteraient volontiers leur taux d'occupation (17). Selon le seco, 160'000 personnes travaillent en Suisse sur appel (18). La proportion du télétravail à domicile est également en augmentation.
- Concurrence: Pour faire face à une concurrence de plus en plus acharnée, on tente partout d'augmenter la productivité, ce qui peut se traduire par une pression sur le temps et favoriser un climat de travail tendu. C'est ainsi que dans l'enquête de l'UE (17), plus de la moitié de tous les travailleurs indiquent qu'ils doivent travailler pour plus du quart de leur temps à rythme élevé et sous la contrainte des délais. Parallèlement, la qualité doit être maintenue, voire améliorée; le contrôle de qualité et l'«orientation clientèle» occupent une place prépondérante. Dans le cadre de l'assurance de qualité, les proc-

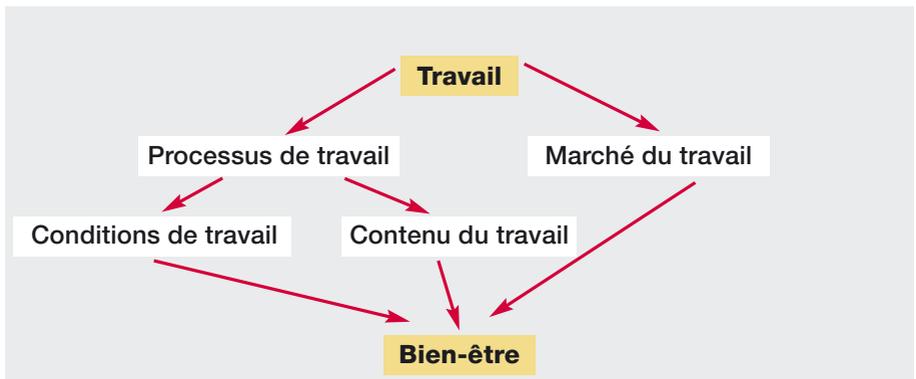


Fig. 8: Facteurs liés au travail jouant un rôle sur le bien-être des travailleurs

dures et les travailleurs font l'objet de contrôles accrus; les employés sont invités à faire preuve de davantage de flexibilité en ce qui concerne le lieu, l'horaire, le contenu et l'organisation de leur travail. Dans l'enquête de l'UE citée, presque un cinquième des salariés étaient d'avis que les horaires flexibles n'étaient plus compatibles avec leurs obligations familiales et sociales. On recourt également de plus en plus à des horaires de travail atypiques tels que travail de nuit ou en équipes. L'assurance de qualité implique en outre l'obligation d'une formation continue permanente et d'une validation des qualifications professionnelles de chaque travailleur. La compétition interne peut donner lieu à des comportements déloyaux et favoriser ainsi le mobbing. Les délais de plus en plus courts et la production «just in time» accroissent les charges de travail et parallèlement les risques d'accidents.

- Nouvelles technologies d'information et de communication: Elles sont également susceptibles d'influencer profondément les conditions de travail. Nous avons déjà mentionné plus haut l'augmentation des postes de travail à l'écran (figure 6). Au sein des centres d'appels téléphoniques devenus courants, les «Call-Centers», on demande aux opérateurs/trices une maîtrise émotionnelle, – «le ton doit être toujours souriant» – impliquant le refoulement des sentiments négatifs à l'égard des clients, ce qui peut s'accompagner de tensions psychiques. Certaines situations peuvent entraîner une limitation de la liberté de manœuvre individuelle, un isolement social et favoriser l'absence d'exercice physique généralement déplorée aujourd'hui. Les nouvelles technologies favorisent la création d'entreprises virtuelles dans lesquelles les travailleurs sont les maillons d'un réseau de télétravail. Le flux des informations peut être ressenti comme oppressant. On peut craindre pour certains que, submergés par les possibilités des nouvelles technologies d'information, les arbres finissent par cacher la forêt.

## Conséquences des changements du monde du travail au niveau psychosocial

Suite aux discussions qui ont eu lieu lors du Forum sur les troubles de la santé associés au travail, les points suivants ont été évoqués sur le contenu et l'organisation du travail, ainsi que sur les rapports sociaux et les contraintes dans le cadre professionnel et privé:

- Le contenu et la forme du travail peuvent être source de surcharge en cas d'objectifs imprécis et sujets à de fréquents changements, d'insuffisance de contrôle personnel sur son propre travail et de manque de participation aux processus de décision.
- Lors de l'organisation du travail, les employés sont perturbés tout autant par les pressions temporelles et la fébrilité que par les activités monotones. Tel est également le cas pour les horaires de travail atypiques, prolongés ou imprévisibles. Lorsque l'entreprise ne tient pas compte des désirs personnels en matière d'horaires ou de vacances, il en résulte également des sentiments d'insatisfaction.
- Dans le domaine des relations sociales, les travailleurs souffrent avant tout des conséquences de l'isolement social, de l'insuffisance de définition de leur rôle au sein de l'entreprise, d'un contact permanent avec la clientèle imposant un contrôle constant de ses émotions.
- Un climat d'insécurité résulte de la crainte de perdre son emploi ou d'incertitudes sur l'avenir de son parcours professionnel. L'enquête menée en 2002 par l'Office fédéral de la statistique a montré que 11% des salariés suisses craignent de perdre leur emploi. Les travailleurs non qualifiés sont plus touchés par la crainte de perdre leur emploi que ceux au bénéfice d'une formation. 53% des salariés estiment qu'il leur sera difficile de retrouver un emploi identique après un licenciement.
- Les conflits survenant entre les impératifs de la vie privée et professionnelle, causés par les limitations dans le choix des horaires de travail et des périodes de vacances, ainsi que la double charge de l'activité professionnelle et ménagère sont péniblement ressentis. Dans l'enquête de l'UE déjà citée (17), 2 employés sur 5 ne peuvent pas choisir la date de leurs vacances et 55% leur horaire de travail.

Les «Call-Centers» sont un bon exemple de ce nouveau type de poste de travail comportant de nombreuses surcharges. Leur nombre a plus que doublé en Allemagne au cours des 5 dernières années (19). Dans cette branche, la fluctuation annuelle du personnel atteint 50% et l'absentéisme est élevé. Les employés/es de ces centres d'appels sont confrontés aux problèmes suivants: travail à l'écran, problèmes ergonomiques comportant des postures contraintes pour les bras et la colonne, fatigue oculaire, manque de mouvements, niveau sonore ambiant élevé causé par les conversations des agents voisins, surcharge vocale, exigences de qualité, surveillance directe de l'activité, hauts niveaux de concentration et d'intensité de travail, charge émotionnelle, absence relative de

marge de manœuvre personnelle, isolement social, horaires atypiques, notamment de nuit. Une amélioration des conditions ergonomiques constitue un élément important en faveur du bien-être des employés/es de ces centres d'appels (20).

## Conclusions

Les nouvelles technologies ont sans nul doute contribué à l'enrichissement de la vie professionnelle et nettement diminué diverses contraintes auxquelles sont soumis les travailleurs. Mais elles sont également accompagnées par des risques nouveaux d'origine chimique, biologique ou physique. Cette situation nécessite une vigilance constante dans le cadre de la prévention des maladies professionnelles et une adaptation des prescriptions aux nouvelles réalités.

Les mutations de la société, des conditions de travail et du marché exigent actuellement une grande capacité d'adaptation et d'apprentissage de la part des travailleurs et – projetées sur l'arrière-plan socioculturel – elles peuvent être la source de considérables surcharges psychosociales. Afin de mieux percevoir le niveau actuel des conditions de travail et de l'état de santé des salariés en Suisse, une amélioration du système de surveillance est planifié. D'une part, la Suisse participera à la prochaine enquête que la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail effectuera en 2005. D'autre part, l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zürich a reçu de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), du Secrétariat d'état à l'économie (seco) et de Politique nationale suisse de la santé (NGP) le mandat de réunir et de présenter les données du Questionnaire suisse de santé et du «Schweizerisches Haushalts-Panels» dans la perspective d'un futur programme de surveillance sur le thème «Travail et Santé». Une adjonction apportée au questionnaire de l'UE sur les conditions de travail permettra d'y parvenir.

## Bibliographie

- 9) Jost M., Francioli P., Iten A. et al.: Prévention des maladies infectieuses transmises par voie sanguine dans le secteur sanitaire. Suva, série Médecine du travail 2869/30, 5<sup>e</sup> édition 2003
- 10) Jost M., Cartier B., Rüegger M. et al.: Prévention des infections transmises par voie sanguine pour les groupes de profession extérieurs au secteur sanitaire. Suva, série Médecine du travail 2869/31, 1998
- 11) Rast H., Jost M.: Allergie au latex – Risques et mesures préventives au poste de travail. Suva, série Médecine du travail 2869/33, 2<sup>e</sup> édition 1999
- 12) Rast H., Hofer L., Jost M., Kunz I.: Prophylaxie médicale lors des travaux souterrains en ambiance chaude et humide. Suva, série Médecine du travail 2869/26, 4<sup>e</sup> édition 2003

**Adresse de correspondance:**

Suva  
Dr. med. Marcel Jost  
Facharzt für Arbeitsmedizin  
Innere Medizin und Kardiologie  
Stv. Chefarzt Abteilung Arbeitsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern  
marcel.jost@suva.ch

# Maladie de civilisation: historique et systématique d'un paradigme des affections liées au stress

Volker Roelcke

La société moderne rend-elle malade? Les conditions de travail du monde actuel en pleine mondialisation qui est le nôtre entraînent-elles notamment des affections particulières? Les conséquences du stress pour la santé représentent-elles dès lors une forme de «maladie de civilisation»?

Les historiens spécialisés dans la science médicale ne sont probablement pas les mieux placés pour apporter une réponse directe à ces questions. Notre fonction consiste plutôt à poser d'autres questions en passant par l'histoire et à susciter finalement une réflexion propre systématisée dans la médecine. En d'autres termes, en prenant de la distance pour observer les contraintes et les processus directs de la médecine actuelle, nous pouvons peut-être avoir un regard neuf sur les schèmes de pensée et d'action quotidiens actuels.

Comment pourrait maintenant se présenter un tel processus pour le thème du stress et de ses effets sur la santé? Dans ce qui suit, nous allons tenter de considérer des états de stress comme un cas spécial du paradigme «maladie de civilisation». Les explications se divisent en trois parties: dans un premier temps, nous appréhenderons plus précisément les modèles de maladie psychogénétiques et sociogénétiques et le concept «maladie de civilisation» en nous interrogeant sur la véritable signification de ce dernier. Nous présenterons ensuite quelques étapes caractéristiques de l'histoire du concept de maladie de civilisation. Nous considérerons enfin les «affections liées au stress» comme un exemple de maladie de civilisation.

## 1. Modèles de maladie et concept de maladie de civilisation

Sur un plan théorique, on peut distinguer trois types de modèles d'explication des maladies: 1. modèles somatiques; 2. modèles psychogénétiques et 3. modèles sociogénétiques. Le premier type est sans aucun doute le type le plus répandu dans la médecine actuelle et ne nous semble relativement pas problématique: notre médecine actuelle s'oriente tout d'abord vers les méthodes et les critères de reconnaissance des sciences physiques et naturelles. Les maladies comprises comme maladies somatiques peuvent être conceptualisées sans limitations comme des altérations fonctionnelles et structurelles de notre corps. Et elles peuvent aussi être examinées empiriquement dans cette pers-

pective, justement avec les méthodes des sciences naturelles et physiques découlant de la physique, de la chimie et de la biologie et sous-tendant aujourd'hui plusieurs disciplines médicales.

Les modèles de maladie psychogénétiques et sociogénétiques représentent en revanche un défi pour une médecine orientée vers les sciences naturelles et physiques. Tourignons-nous tout d'abord vers les modèles psychogénétiques: ici, on postule que des phénomènes psychiques comme les contenus de la conscience, les émotions ou les réminiscences (qui comprennent les deux éléments) provoquent la maladie. C'est justement par une telle formule que le problème devient clair: si nous définissons aussi dans ce contexte la «maladie» comme une altération fonctionnelle et structurelle du corps, on devrait pouvoir donner une explication exhaustive et conclusive de la maladie en précisant comment les contenus de la conscience ou les émotions conduisent à une modification des structures somatiques ou des processus métaboliques. Mais c'est justement ce que ne peuvent pas encore et ne pourront certainement pas encore faire dans les prochaines années les sciences (neurologiques) actuelles, malgré de grands progrès dans la précision et un important déploiement de ressources, comme on a pu le lire à l'automne 2004 dans le «Manifeste» de douze neurologues germanophones de premier plan<sup>1</sup>.

Nous sommes donc en présence de deux possibilités: soit s'en tenir, pour les maladies avec postulat psychogénétique, à une notion de maladie somatique, c'est-à-dire définir la maladie avec des critères somatiques. Il faut toutefois accepter qu'un tel modèle présente a fortiori une lacune qui ne peut pas être comblée actuellement. Il sera alors impossible de donner dans un proche avenir une pathogenèse conclusive ou un traitement dérivé de l'étiologie. L'autre possibilité serait un concept de maladie qui renonce pour les symptomatologies en question à accepter des déficits fonctionnels et/ou structurels somatiques de rigueur et qui admette et utilise d'emblée d'autres catégories et critères peut-être tout à fait différents pour définir la maladie. On aurait alors affaire à des notions et à des procédures découlant des sciences humaines, en plus des biosciences («life sciences»). Une telle étape pour compléter le fonds théorique et méthodique n'a toutefois été que rarement abordée en médecine depuis l'orientation vers les sciences de laboratoire dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Et de semblables approches ont été régulièrement laissées de côté, tout du moins en ce qui concerne la médecine officielle. Elles ont été considérées comme un luxe, sans caractère essentiel pour la médecine, et ont en conséquence souvent perdu tout intérêt dès la crise économique suivante<sup>2</sup>.

Les modèles sociogénétiques ont un comportement tout à fait parallèle à celui des modèles de maladies psychogénétiques. Ici, on rend responsable de la maladie et de son évolution des phénomènes sociaux tels que l'accentuation

<sup>1</sup> Gehirn & Geist 3, 2004, H. 6, pp. 30-37.

<sup>2</sup> Cf. p. ex. le processus d'institutionnalisation et le début de désinstitutionnalisation de la discipline «Médecine psychosomatique et psychothérapie» dans la République fédérale d'Allemagne entre 1945 et les années 1990: Roelcke 2004.

de la mobilité, l'augmentation de la complexité des processus de travail, le changement de plus en plus rapide des conditions-cadres économiques et politiques ou aussi des processus de migration et une pluralisation des valeurs. Une fois encore, il faut se demander si ceux qui assurent le traitement médical de la maladie comprennent cette dernière au sens restreint, comme un phénomène somatique, ce qui implique par exemple de définir un cas de maladie concret par la présence de variables somatiques. Dans ce cas également, un modèle de maladie conclusif devrait fournir des éléments exhaustifs pour expliquer le passage des causes de la maladie (de la sphère sociale) aux phénomènes pathologiques somatiques, ce qui est manifestement loin d'être le cas. Ou, d'une autre façon, un modèle de maladie sociogénétique pourrait intégrer un concept de maladie, et donc une définition de la maladie, ainsi que des critères diagnostiques n'émanant volontairement et explicitement pas de la médecine somatique, mais à nouveau des sciences humaines. De telles approches sont également revenues régulièrement dans les 150 dernières années, mais sont toujours demeurées marginales ou ont eu tôt fait de retomber dans l'oubli. Un dilemme fondamental, quasi intrinsèque du concept de maladie de civilisation, se pose dès lors. Ce concept renvoie en effet à l'idée que le résultat du processus de civilisation, c'est-à-dire l'état actuel de la société, favorise ou même provoque la survenue de maladies. L'utilisation du concept suppose par conséquent deux conditions: 1. une théorie (explicite ou implicite) d'évolution de l'histoire; et 2. une évaluation de l'état actuel de la société, car le concept implique que cet état de société actuel rend malade.

Ces deux caractéristiques font du terme de maladie de civilisation un concept politique tout à fait explosif. Il a en effet, considéré de la sorte, des composants relevant à la fois du médical et du politique. Il représente un «diagnostic» («les conditions spécifiques de la société moderne ou du monde du travail moderne rendent malade») et il indique un traitement dérivé de ce diagnostic et de cette étiologie ou une possibilité d'intervention: changer les conditions sociales ou les conditions de travail. Sur cette base, il faut supposer que le concept est et a été marqué de manière particulière par des contextes politiques et historiques et qu'il a aussi éventuellement donné lieu à l'exercice de la politique.

L'hypothèse sous-tendant les présentations suivantes serait maintenant que l'histoire de l'utilisation du concept de maladie de civilisation se laisse au mieux comprendre comme une histoire des tentatives d'intégrer les modèles de maladie psycho- et sociogénétiques dans la médecine. Ces tentatives ont toujours eu, en fonction du contexte scientifique et politique donné, des effets considérables à court terme, mais ont généralement été jugées comme des échecs à long terme.

## 2. Histoire

Le terme de maladie de civilisation a été utilisé pour la première fois vers 1880 dans le cadre d'une catégorie de maladie alors nouvelle, la neurasthénie ou faiblesse des nerfs. En 1880, le médecin new-yorkais George M. Beard a publié une première étude sur cette affection, puis un livre en 1881 intitulé «American Nervousness»<sup>3</sup>.

Le premier ouvrage traite principalement de la symptomatologie et des recommandations thérapeutiques. Font partie des signes cliniques des états d'épuisement prématurés, des accès de vertige, des troubles physiques diffus, de l'abattement ou une légère irritabilité et des troubles fonctionnels sexuels<sup>4</sup>. Selon Beard, la maladie concerne surtout des hommes d'âge moyen occupant des postes à responsabilités, donc hommes d'affaires, médecins, hommes politiques, écrivains, journalistes, notamment dans des grandes villes comme New York, Boston ou Chicago.

L'étiologie et la pathogenèse de la neurasthénie ont surtout été présentées en détail par Beard dans «American Nervousness». La première cause de la maladie, selon Beard, réside dans les conditions de vie de la civilisation moderne<sup>5</sup>. Les nouveaux moyens de locomotion comme le chemin de fer et la navigation à vapeur, les nouvelles technologies de communication comme le téléphone et le télégraphe, et enfin l'agitation et la course après le temps dans la vie moderne des grandes villes sont des exigences d'un nouveau type qui ont une influence sur le système nerveux<sup>6</sup>.

La pathogenèse, donc le processus entre la cause de la maladie et la symptomatologie clinique, se joue selon Beard au niveau du système nerveux, qui est finalement un ensemble électrique complexe. Tout comme dans un circuit, la consommation d'énergie en un point, par une ampoule ou un appareil électrique par exemple, nécessite un surplus de courant, sans quoi il se produit une chute de tension<sup>7</sup>. La très grande quantité d'influx nerveux utilisés par le cerveau ou par les organes sensoriels de l'homme, fait propre à la grande ville, provoque dans l'ensemble du système nerveux une chute de tension qui entraîne à son tour des sensations de faiblesse et des dysesthésies pouvant se manifester partout sur le corps. La consommation d'énergie nerveuse par le travail intellectuel, selon Beard, peut donc entraîner aussi bien des sensations vertigineuses qu'une sensation de fatigue générale ou des dysesthésies fluctuantes par exemple aux extrémités.

Le modèle d'explication de Beard a été jugé très plausible en raison de deux facteurs: premièrement, il se rattachait directement aux dernières découvertes et théories des sciences naturelles: preuve expérimentale de la nature électrique de

3 Beard 1880, Beard 1881; cf. également Roelcke 1999, pp. 101-137.

4 Beard 1880, 9-71.

5 Beard 1881, Avant-propos, p. VI.

6 Beard 1881, 99-100.

7 Beard 1881, 10-12.

l'influx nerveux et mesure de la vitesse de conduction nerveuse par le physiologue Hermann v. Helmholtz; deuxième loi de la thermodynamique avec la théorie de la conservation de l'énergie dans des systèmes fermés; enfin, théorie de l'importance centrale de l'action réflexe du système nerveux formulée par Wilhelm Griesinger et Hughlings Jackson<sup>8</sup>.

L'acceptation et la rapide propagation du concept de neurasthénie a eu pour deuxième facteur déterminant l'existence d'une situation problématique à laquelle le nouveau concept de maladie apportait apparemment une réponse et qu'aucun autre élément médical ou extramédical ne venait expliquer. Selon les concernés, cette situation problématique était précisément causée par les très lourdes exigences de la vie de la grande ville, avec les atteintes de l'humeur manifestement associées.

Le nouveau diagnostic s'étendit très rapidement aussi bien aux Etats-Unis qu'en Europe. Les deux livres de Beard furent traduits en allemand dès leur année de publication, donc 1880 et 1881, et furent réédités plusieurs fois en l'espace de quelques années. En 1893 parut pour la première fois un «Manuel de la neurasthénie» comprenant déjà une bibliographie exhaustive de 18 pages<sup>9</sup>. Dans les vingt années suivantes, la neurasthénie fut, à côté de la tuberculose, le diagnostic le plus souvent posé au sein du Reich allemand, avant tout chez des patients ambulatoires. Comme le modèle d'explication impliquait déjà que l'état était causé par une consommation d'énergie, deux conclusions s'imposaient: 1. l'état était réversible, et 2. on pouvait apporter un traitement causal en réduisant la consommation de force nerveuse ou en fournissant de la nouvelle énergie. Concrètement, cet constat signifiait que les «rest cures» (selon Beard) – donc les traitements axés sur le «repos» – constituaient les premières recommandations thérapeutiques. L'apport d'air frais et de lumière, au mieux dans des stations balnéaires ou des stations en altitude, faisait partie des autres thérapies, et enfin l'électrothérapie, qui ne consistait pas en électrochocs, mais en une application de courants à basse tension par des électrodes placées sur la peau<sup>10</sup>.

Le nouveau concept de maladie offrait donc à un certain milieu des centres urbains une légitimation scientifique pour leurs troubles de l'humeur et une occasion tout aussi légitime de se soustraire pour un certain temps au quotidien. Comme la réversibilité de l'état était reconnue, ils ne craignaient pas d'être considérés comme malades à tout jamais et de compromettre leur position sociale<sup>11</sup>.

Le nouveau concept de maladie n'était pas seulement acceptable pour les médecins, il l'était aussi pour les patients, même apprécié d'une certaine façon. Il ne permettait pas seulement un retrait passager des obligations quotidiennes, mais il indiquait une appartenance à l'élite de la société ou à l'avant-garde culturelle. En conséquence, on le retrouva aussitôt dans les médias de l'époque

8 Cf. Roelcke 1999, pp. 114-115.

9 Müller 1893.

10 Roelcke 2001, 185.

11 Roelcke 2001, 180.

(avant tout des illustrés) et dans les écrits littéraires. Ainsi, Theodor Fontane ou Thomas Mann décrivent plusieurs artistes ou membres de la haute société considérés comme nerveux ou neurasthéniques<sup>12</sup>.

Au début du XXe siècle, le concept de neurasthénie fut toutefois de plus en plus remis en question. Ce sont avant tout les psychiatres qui se plaignirent du caractère trop inflationniste du diagnostic, du flou complet de la délimitation clinique, des contraintes économiques trop lourdes pour le nouveau système des assurances de maladies et de rentes, avec par ailleurs la totale sous-estimation de la disposition héréditaire des concernés<sup>13</sup>.

Cette critique du concept de neurasthénie a certainement quelque plausibilité en elle-même. En étudiant de plus près le contexte historique, elle est toutefois considérablement influencée par les conditions-cadres politiques, économiques et professionnelles fluctuantes. Ainsi, les années 1880 étaient encore caractérisées par la relance, la foi dans le progrès et une importante expansion de la médecine comme domaine professionnel. Vers 1900 en revanche, la conscience publique était fortement marquée par deux crises économiques rapprochées dans l'Empire allemand, par une sorte de coalition entre les représentants de la grande industrie et de l'aristocratie terrienne prussienne, alors que la bourgeoisie cultivée et ainsi les médecins et les scientifiques voyaient disparaître leurs possibilités de participation politique. Dans le même temps, ces changements politiques et économiques propageaient la peur que la culture allemande et aussi la nation allemande pouvaient perdre fortement de leur importance ou même sombrer. Cette théorie s'associait à la théorie déjà ancienne, mais de plus en plus plausible, d'un risque de dégénérescence biologique, une théorie elle-même fortement reliée aux idées de transmission héréditaire.

Avec cette nouvelle donne, à partir de 1900 environ, la neurasthénie ne fut plus comprise comme la maladie assez fréquente d'individus isolés, mais plutôt comme le symptôme d'un processus dégénératif quasi biologique beaucoup plus étendu de l'organisme collectif «nation». L'attention publique et aussi les explications médicales s'éloignèrent des conditions de vie de la grande ville pour se rapprocher d'états ou dispositions neurasthéniques héréditaires<sup>14</sup>.

Jusqu'ici, nous avons exposé les principales caractéristiques et la dynamique liées à la première apparition du concept de maladie de civilisation. La forte importance des contextes politiques, économiques et culturels et des plausibilités scientifiques propres à chaque époque pour l'emploi du terme de maladie de civilisation se retrouve toujours dans l'histoire. Dans ce qui suit, nous allons esquisser deux étapes de cette histoire avant d'étudier finalement les affections liées au stress.

Tournons-nous tout d'abord vers l'époque de la République de Weimar, c'est-à-dire entre 1918 et 1932, où une nouvelle variante d'utilisation du concept appa-

---

<sup>12</sup>Cf. Schmiedebach 2001, Roelcke 2002.

<sup>13</sup> Kraepelin 1902.

<sup>14</sup> Cf. Roelcke 1999, 138-179.

raît. Le pédiatre Rudolf Degkwitz, professeur ordinaire à l'université de Greifswald et plus tard à Hambourg, désigne en 1925 dans un article de la *Klinische Wochenschrift* les cinq maladies infantiles, rougeole, coqueluche, varicelle, diphtérie, scarlatine, comme des maladies de civilisation<sup>15</sup>.

Naturellement, Degkwitz sait que ces affections sont dues à une infection bactérienne ou virale. Pour lui, la civilisation n'est donc pas seulement un facteur étiologique déterminant, mais également pathogénique. En effet, selon lui, la rapide croissance de la morbidité et de la mortalité liées à ces affections provient de deux caractéristiques de la civilisation moderne: la nette augmentation de la densité de la population dans les grandes villes ainsi que la forte mobilité des personnes. Les deux facteurs accroissent les possibilités de contact entre les infectés et les non infectés. Ils conduisent ainsi à une forte contamination de la population avec les agents pathogènes correspondants ainsi qu'à un déplacement du moment de l'infection vers le jeune âge. Les méthodes efficaces dans la lutte contre les épidémies classiques telles que la peste, le choléra et le typhus, par exemple l'isolement des personnes infectées, la désinfection et l'assainissement, ne peuvent, selon Degkwitz, pas être appliquées à cause des propriétés spécifiques des agents. Ainsi, l'isolement et la désinfection ne sont judicieux que si la source contaminante peut être identifiée pendant le temps de la contagiosité. Pour les maladies de l'enfance citées, la phase symptomatique n'est toutefois pas identique à la durée de la contagiosité.

Quelles sont les déductions auxquelles parviennent Degkwitz et les autres auteurs défendant les mêmes arguments, par exemple le professeur en pédiatrie de Francfort Bernhard de Rudder ou l'hygiéniste de Heidelberg Emil Gotschlich<sup>16</sup>? Degkwitz avance tout d'abord un processus causal: il faudrait d'abord aborder les facteurs pathogénétiques qui peuvent être influencés, ce qui serait possible grâce à une réforme de la construction et de la répartition des logements, du système scolaire, et en dernière conséquence, comme il l'écrit, grâce à une «réforme de l'ensemble de la structure sociale»<sup>17</sup>. Il rejette toutefois cette option en pensant qu'elle n'est pas réalisable, et donc irréaliste. En lieu et place, il plaide pour une adaptation des populations à risque à l'environnement potentiellement pathogène par des vaccinations préventives et une amélioration du statut nutritionnel, argumentation en faveur d'une extension des programmes sociomédicaux déjà existants.

Degkwitz esquisse clairement une critique fondamentale de l'état de la société, critique dans le même temps rejetée au profit d'une position dominant la science et la politique durant la phase de consolidation de la République de Weimar au milieu des années 20: l'idée selon laquelle les problèmes sociaux en suspens pourraient trouver leur solution rationnelle par l'intervention de la science et l'extension conséquente de la politique sociale gouvernementale. L'établissement

15 Degkwitz 1925.

16 Rudder 1927, Gotschlich 1929.

17 Degkwitz 1925, 1199.

institutionnel et en particulier académique d'une nouvelle discipline «Hygiène sociale» exprime cette confiance de la part de la médecine et de la politique <sup>18</sup>.

Une version encore différente du concept de maladie de civilisation apparaît au temps du national-socialisme. Un groupe d'hygiénistes, de psychologues et de psychothérapeutes regroupés autour du professeur ordinaire en hygiène de Berne Heinz Zeiss diagnostique une «atteinte à la civilisation» croissante pour l'ensemble de la population allemande<sup>19</sup>: Par une adaptation unilatérale aux exigences du monde extérieur et de la rationalité depuis le temps des Lumières et de la Révolution française, les hommes auraient de plus en plus refoulé leur «nature interne» et leurs sentiments et manipulé dans le même temps de façon croissante la nature externe par des auxiliaires techniques. Le résultat de ce processus de civilisation se manifeste, selon Werner Achelis, un des auteurs principaux de ce groupe, à deux niveaux.

Au niveau de la société, par l'exode rural, la corruption des mœurs et la dénatalité; au niveau de l'individu, par une large gamme de maladies de civilisation parmi lesquelles des «affections d'usure du système nerveux, digestif et vasculaire», «la soif avide de plaisirs nocifs», une nervosité générale et une perte d'identité sexuelle<sup>20</sup>.

De ses réflexions sur la pathogenèse, Achelis tire aussi des possibilités d'intervention: l'excès d'importance de la rationalité doit être compensé par un retour à l'«instinct sain», la décomposition des structures familiales et des orientations vers les valeurs doit être contrecarrée par une «organisation» et une «direction morale» externe rigoureuse <sup>21</sup>. En conséquence, le principe de l'«idée du guide germanique» doit redevenir la base de tous les groupes sociaux, de la famille à l'Etat, et ces mesures de politique générale doivent être complétées par des mesures de politique sanitaire, en particulier par un suivi psychologique de l'ensemble de la population saine par des psychologues pour les entreprises, l'armée et les loisirs. A cette fin, une nouvelle discipline académique doit voir le jour, une «hygiène psychologique» ou aussi «gestion de la santé morale» <sup>22</sup>.

On voit ici aussi, dans le contexte du national-socialisme, que des symptomatologies ressenties comme importantes à l'époque et les problématiques de politique de la santé sont interprétées comme des effets de la civilisation moderne. La forme la plus extrême de cette civilisation est identifiée à l'époque de la République de Weimar. Pour régler les points en suspens, des changements fondamentaux de la structure sociale et du système de santé allant dans le sens de l'Etat national-socialiste sont légitimés médicalement. Dans le même temps, les atteintes à la civilisation sont utilisées comme argument pour justifier le but de politique professionnelle d'une nouvelle discipline médicale.

---

18 Cf. Eckart 1989.

19 Zeiss et Pintschovius 1940; cf. Roelcke 1996.

20 Achelis 1940 a, 64, 68, 72; Achelis 1940 b, 250-252

21 Achelis 1940 a, 57-58, 62, 73.

22 Achelis 1940 b, 247-248, 250-253, 256, 258.

### 3. Le «stress» comme maladie de civilisation

Les années 50 voient une nouvelle conjoncture dans la discussion sur les maladies de civilisation. L'interniste et psychosomaticien de Hambourg Arthur Jores par exemple, fondateur de l'une des premières divisions psychosomatiques au sein d'une université allemande, identifie l'hypertension, les ulcères d'estomac, l'hyperthyroïdie et enfin le groupe des névroses comme des conséquences de la civilisation moderne. Selon lui, toutes ces symptomatologies particulièrement fréquentes aujourd'hui ont une origine unique: dans la société moderne, l'homme vit «à l'encontre de la loi fondamentale du vivant». Cette loi fondamentale stipule que «toute vie tend vers un épanouissement pluriel»<sup>23</sup>. Dès qu'un tel développement est gêné, la volonté de vivre est aussi entravée.

Selon Jores, deux facteurs entravent les possibilités d'épanouissement dans le monde moderne. D'un côté, avec les contraintes du monde du travail industrialisé, l'homme ne peut plus déterminer de façon autonome le type et la durée de sa sollicitation physique, spirituelle et intellectuelle. D'un autre côté, la perte de valeurs de référence engendre de plus en plus des situations où l'individu est incapable de décider et par là même incapable d'agir et de s'épanouir<sup>24</sup>.

Jores déduit les propositions de prévention et de traitement de l'étiologie qu'il postule: la limitation des possibilités d'épanouissement externes doit être compensée par le sport et le jeu. Les conditions internes d'un développement optimal doivent être créées par une psychothérapie individuelle. Le malade doit ainsi être libéré de ce qui empêche son développement.

Les interventions de Jores se réfèrent donc à l'espace de vie de l'individu, il ne prend pas de moyens politiques en considération. L'interniste et neurologue de Heidelberg Paul Christian ou le psychothérapeute Johannes H. Schultz par exemple ont défendu des conclusions individualisantes similaires en ce qui concerne le traitement et la prévention<sup>25</sup>. Le contexte politique de ces positions est formé d'une part par la méfiance envers les interventions gouvernementales dans la sphère privée et sociale alimentée à partir des expériences de l'Etat national-socialiste totalitaire et d'autre part par les implications sociales et économiques du «miracle économique», qui récompensaient particulièrement la disposition individuelle à la prestation et au risque.

Les interprétations accueillies largement seulement dans les années 50 dans l'espace germanophone sur les affections cardio-vasculaires et les ulcères de l'estomac ou du duodénum comme conséquence du «stress» à la suite des théories de Hans Selye<sup>26</sup> aboutirent également à la même conclusion: les concernés (chefs d'entreprises par exemple) devaient changer leur style de vie individuel, par exemple en réduisant le nombre de rendez-vous, en faisant du sport, en réduisant l'alcool et le tabac et en pratiquant un entraînement de

23 Jores 1959, 147.

24 Jores 1959, 148.

25 Cf. par exemple Christian 1961.

26 Selye 1956.

relaxation («training autogène» selon J. H. Schutz). Le «stress» était donc la conséquence de la vie dans l'agitation du travail moderne; cependant, il était aussi, tout comme dans le cas de la neurasthénie, l'expression de l'appartenance aux dernières évolutions du monde moderne, et enfin, il expliquait que les concernés souffraient d'un trouble de l'humeur médicalement plausible justifiant un retrait passager des contraintes de la vie professionnelle mais en principe pas irréversible.

## **Conclusion**

L'histoire ici esquissée de l'utilisation du concept de maladie de civilisation renvoie à plusieurs points intéressants.

Elle montre qu'en quelques décennies, une très vaste gamme de programmes de traitement et de prévention des présumées maladies de civilisation a été étudiée. Cette gamme va de la thérapie individuelle au changement fondamental de la structure de la société, en passant par le développement de programmes sociomédicaux et sociopolitiques. Cette évolution illustre par ailleurs que la formulation historique concrète de programmes médicaux sur le thème des maladies de civilisation est en étroite corrélation avec des situations de politique générales et sociales prédominantes à l'époque.

L'histoire de l'utilisation du concept de maladie de civilisation montre aussi clairement que les états ainsi qualifiés (comme la neurasthénie ou le stress) se retrouvent régulièrement à partir de certaines constellations historiques: d'un côté, des possibilités d'interprétation scientifiques (concepts et/ou approches théoriques) doivent pouvoir rendre plausibles les explications psychogénétiques et/ou sociogénétiques et les rattacher aux modèles de maladies médicaux prévalant alors, ce qui s'effectue généralement avec des mises en parallèle ou des analogies (par exemple le système nerveux comme système électrique, ou la répression/libération d'énergies psychiques/somatiques). D'un autre côté, on observe lors de telles conjonctures une situation de «demande»: un groupe de troubles de l'humeur perçu alors comme problématique et dont la forme précise (symptomatologie clinique) ou l'étendue (prévalence ou incidence) ne se laisse pas expliquer uniquement par les abstractions et les théories des sciences biomédicales. Les maladies de civilisation conceptualisées à chaque fois en tant que telles offrent dans de telles constellations historiques des réponses plausibles aux questions de la naissance, de la symptomatologie, de la fréquence et aussi des possibles stratégies d'intervention face à de tels troubles de l'humeur.

Pour les personnes qui travaillent aujourd'hui dans le secteur de la santé, il faut se demander comment on peut comprendre actuellement le lien entre les conditions de vie de la société moderne et du monde du travail et l'apparition de troubles de l'humeur. Nos explications peuvent peut-être inciter à réfléchir si et de quelle façon des prémisses et des définitions de valeurs implicites sociétales

et également économiques ou aussi des directives politiques (sanitaires) ont trouvé un accès dans la théorisation et la pratique médicale et si de tels mécanismes ont été rendus suffisamment transparents pour tous les concernés.

## Bibliographie

- Achelis, W.: Psychologische Zivilisationsbilanz. In: Zeiss, H., K. Pintschovius (Hrsg.): Zivilisationsschäden am Menschen. München, Berlin 1940, 53-81
- Achelis, W.: Psychologische Hygiene. In: Zeiss, H., K. Pintschovius (Hrsg.): Zivilisationsschäden am Menschen. München, Berlin 1940, 247-267
- Beard, G.M.: A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). New York 1880
- Beard, G.M.: American Nervousness – its Causes and Consequences. New York 1881
- Christian, P.: Psychohygiene der Zivilisationskrankheiten. In: E. Rossius (Hg.): Grundprobleme der Psychohygiene. Zivilisation und Volksgesundheit. Frankfurt 1961, 52-63
- Degkwitz, R.: Akute Infektionskrankheiten im Kindesalter. Klinische Wochenschrift 4, 1925, 1197-1201
- Eckart, W. U.: Öffentliche Gesundheitspflege in der Weimarer Republik und in der Frühgeschichte der Bundesrepublik. Das öffentliche Gesundheitswesen 51, 1989, 213-221
- Gotschlich, E.: Hygiene, Zivilisation und Kultur. Heidelberg 1929
- Jores, A.: Der Mensch und seine Krankheit. Grundlagen einer anthropologischen Medizin. Stuttgart 1956
- Jores, A.: Zivilisation und Krankheit. Münchener Medizinische Wochenschrift 101, 1959, 145-149
- Kraepelin, E.: Die Diagnose der Neurasthenie. Münchener Medizinische Wochenschrift 49, 1902, 1641-1644
- Müller, F.C.: Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893
- Roelcke, V.: "Zivilisationsschäden am Menschen" und ihre Bekämpfung. Das Projekt einer "seelischen Gesundheitsführung" im Nationalsozialismus. Medizinhistorisches Journal 31, 1996, 3-48
- Roelcke, V.: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914). Frankfurt/ Main 1999
- Roelcke, V.: Electrified Nerves, Degenerated Bodies: Medical Discourses on Neurasthenia in Germany, circa 1880-1914. In: M. Gijswijt, R. Porter (Hg.): Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War. Amsterdam/ New York 2001, 177-197
- Roelcke, V.: Psychiatrische Kulturkritik und Umriss ihrer Rezeption im Frühwerk Thomas Manns. In: Th. Sprecher (Hg.): Literatur und Krankheit im Fin-de-siècle (1890-1914). Thomas Mann im europäischen Kontext (= Thomas-Mann-Studien, Bd. 18). Frankfurt/ Main 2002, 95-113
- Roelcke, V.: Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945-1992. Medical History 48, 2004, 473-492
- Rudder, B. de: Die Zivilisationsseuchen in ihrer Beziehung zu Fürsorge und Seuchenpolizei. Klinische Wochenschrift 6, 1927, 1668-1673
- Schmiedebach, H.-P.: The Public's View of Neurasthenia in Germany: Looking for a new Rhythm of Life. In: M. Gijswijt-Hofstra, R. Porter (Hg.): Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War. Amsterdam/ New York 2001, 219-238.
- Selye, H.: The Stress of Life. New York 1956
- Zeiss, H., Pintschovius, K. (Hrsg.): Zivilisationsschäden am Menschen. München, Berlin 1940

**Adresse de correspondance:**

Prof. Dr. med. Volker Roelcke, M. Phil.  
Geschäftsführender Direktor  
Institut für Geschichte der Medizin  
Justus-Liebig-Universität Giessen  
D-35392 Giessen  
volker.roelcke@histor.med.uni-giessen.de  
[www.med.uni-giessen.de/histor/](http://www.med.uni-giessen.de/histor/)

# Expressions somatiques des troubles psychiques

Kurt Laederach-Hofmann

## Introduction

Ce qui semble évident pour tous ne peut souvent pas être identifié de manière simple dans la pratique clinique. Je parle des troubles physiques – dont l'origine est d'ordre psychologique, voire psychosomatique – évoqués par les patients. Des statistiques de grande envergure, telles que l'Epidemiologic Catchment Area Study (USA), nous permettent par exemple de supposer que la majorité des troubles pour lesquels les patients vont consulter un médecin sont d'origine psychosomatique. Il en va de même pour les symptômes liés aux douleurs du thorax et pour les odèmes et les autres troubles prétendument organiques (cf. illustration 1).

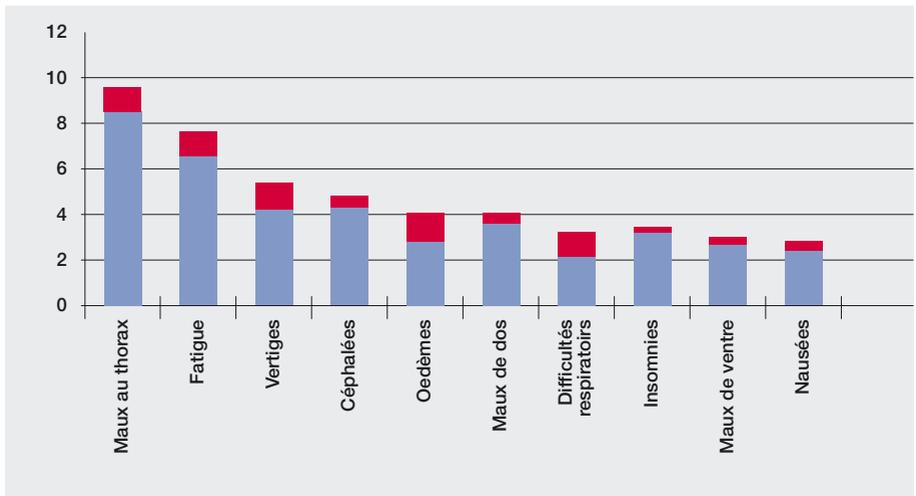


Illustration 1: fréquence des symptômes au sein d'un service médical ambulatoire, selon statistiques ECA-Study (cf. Kroenke K, Mangelsdorff D., Am J Med 86: 262-6, 1989). Note: la plus grande partie des troubles est associée à des douleurs.

Dès lors, comment procéder du point de vue méthodologique et didactique pour parvenir à mieux comprendre les raisons pathophysiologiques de ces symptômes? L'inventaire des troubles mentionnés ci-dessous fournit une première approche possible:

- Signes corporels et symptômes de tensions émotionnelles par ex. palpitations en cas d'agitation
- Symptômes d'états psychiques par ex. oppression thoracique en cas de deuil
- Symptômes de maladies physiques par ex. douleurs abdominales en cas d'appendicite
- Symptômes de maladies psychiques par ex. états douloureux en cas de dépression, de psychose

En résumé, il s'agit de relations psycho-physiologiques ou somato-psychiques difficiles à élucider. La psycho-physiologie traite des rapports entre les variables psychiques et les paramètres physiologiques. Dans ce contexte, les variables psychiques peuvent d'une part concerner des aspects cognitifs et, d'autre part, l'aptitude à relier des images intérieures à des idées (linking ou rattachement). A cela s'ajoutent des variables psychiques telles que la capacité conceptuelle, l'attention (vigilance) et les aspects d'ordre génétique (qui par ex. s'expriment par l'intelligence cristalline). Outre les aspects mentionnés, les stratégies de défense et de gestion jouent un rôle considérable dans le caractère des troubles communiqués par les patients. Par ailleurs, les symptômes psycho-physiologiques montrent une répartition marquée selon l'âge, les sujets entre 20 et 55 ans étant les plus affectés (les hommes étant un peu moins concernés que les femmes). Après 60 ans, ces courbes baissent de manière importante. Cela peut signifier que cette tranche d'âge est moins concernée par le problème. Cela peut aussi l'indiquer être d'une meilleure gestion du problème à mesure que l'on vieillit, ou alors qu'un grand nombre des troubles considérés auparavant comme psycho-physiologiques sont désormais réinterprétés en relation avec l'augmentation des maladies physiques et attribuées à celles-ci (cf. illustration 2).

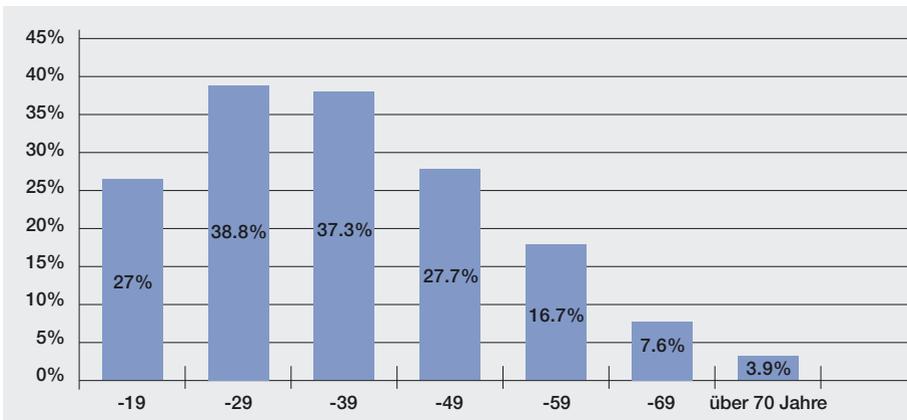


Illustration 2: symptômes psycho-physiologiques: répartition en fonction de l'âge (cf. Pasamanik et al. 1957)

Un aspect essentiel dans le cadre des stratégies de gestion est constitué par l'observation de l'appréciation des symptômes par le patient. Dans ce contexte, on constate souvent que ce point est pondéré de manière beaucoup plus importante dans le cadre du vécu subjectif de la maladie que l'on pourrait s'y attendre de prime abord en se fondant sur des caractéristiques organiques. Les conditions sociales jouent ici également un rôle important: l'entourage familial et professionnel, les expériences vécues par rapport à la maladie par la parenté ou des amis et ayant entraîné des restrictions dans l'exercice de l'activité professionnelle, voire l'invalidation de ces personnes. A cela s'ajoutent encore des facteurs ethniques dont la signification est communément exagérée. Dans un tel contexte, le carcan social (formation scolaire comprise) apparaît beaucoup plus important. L'ensemble de ces éléments peut s'amplifier après l'apparition de la maladie (et de par les contraintes que représente cette dernière) et influencer de manière décisive sur l'évolution et la réadaptation. Pour des raisons physiologiques et psycho-physiologiques, de telles contraintes soumettent l'organisme à une prédisposition accrue (risque) de développement, de maintien et de chronicisation d'une maladie physique. C'est justement sur ce point qu'il faudrait peut-être se concentrer à l'avenir pour mettre en œuvre des mesures de prévention primaire. D'un autre côté, on demande aux personnes d'être de plus en plus performantes et efficaces, et l'augmentation des charges de travail, avec les contraintes et le surmenage qu'elle implique (et qui souvent ne se manifestent qu'avec le temps), créent des conditions toujours plus dures sur le lieu de travail. Des impératifs économiques exigent de meilleurs bilans, un volume de travail plus important et des coûts de personnel réduits. De cette manière – directement ou indirectement – l'esprit d'équipe, les égards mutuels et d'autres valeurs humaines sont de plus en plus menacés. On constate une diminution de la solidarité avec les salariés qui, pour des raisons d'ordre intellectuel ou d'autres déficits, ne sont plus en mesure de remplir les exigences posées. Ces processus ne se fondent pas seulement sur des modèles théoriques: deux études à long terme ont démontré que les personnes qui se sentent peu menacées sur leur lieu de travail enregistrent moins de jours de maladie et moins d'absences non motivées (Nowack, 1994, 1989).

## **Corrélations physiologiques de l'accroissement des contraintes physiques ou psychiques**

Il y a plus de 50 ans, dans le cadre de l'étude du déroulement et de l'influence des contraintes sur le corps humain (et animal), H. Selye a décrit le «General Adaptation Syndrome, GAS» qui, – en se fondant sur un processus de déroulement – montre les trois phases d'influence données par les contraintes ou le «stress». H. Selye différencie une phase dite d'activation aiguë (décrite auparavant par Cannon comme réaction de lutte/fuite = «fight/flight»), largement héréditaire, c'est-à-dire génétiquement fixée, selon lui. La deuxième phase, dite de

résistance résulte, toujours selon lui, du rapport entre contraintes et ressources. Lors de la troisième et dernière phase, on constate avant tout des phénomènes d'épuisement entraînant des lésions du système cardio-vasculaire, du système immunitaire et d'autres systèmes. Cette activation – considérée comme non spécifique à l'époque – s'est entre-temps révélée être liée aux émotions. Elle est de ce point de vue clairement stimulée de façon plus forte et plus durable par des affects tels que la contrariété, la peur et la dépression que par d'autres affects.

## La peur

La peur est un affect souvent associé à un signal de danger (réel ou imaginaire) pouvant venir de l'extérieur ou de l'intérieur. Le sujet éprouve comme danger tout ce qui peut menacer ou nuire d'une manière ou d'une autre à l'intégrité de son moi (élargi) ou à son équilibre narcissique. La peur est omniprésente, mais elle n'est pas toujours perçue de manière consciente. Si elle demeure inconsciente, elle ne peut être constatée que par la présence d'un observateur qui est à même d'identifier les mécanismes de défense. D'un autre côté, le fait de ne ressentir aucune peur constitue souvent une défense consciente ou inconsciente contre les accès de peur. La symptomatologie de la peur peut avoir des causes multiples et peut – en cas de chronicisation – donner lieu à des diagnostics de syndromes les plus divers, comme le montre le tableau non exhaustif ci-après.

### La peur et le syndrome d'hyperventilation: symptômes et signes

- **Général:** fatigue, fatigabilité élevée, céphalées, transpiration, sensation de froid, troubles de concentration
- **Psychiatrique:** anxiété, irritabilité, tensions intérieures et calme extérieur, attaques de panique, sensation de dépersonnalisation, sensation de distance
- **Neurologique:** troubles affectifs, syncope, troubles visuels, troubles de la mémoire
- **Neural:** réglage du centre respiratoire à des valeurs pCO<sub>2</sub> inférieures, tonus bêta adrénergique élevé, inhibition du réflexe barorécepteur
- **Cérébro-vasculaire:** vasoconstriction, diminution du flux intracérébral, fréquences d'activité delta accrues (EECG)
- **Respiration:** dyspnée, baillement, inhibition respiratoire, toux, angoisses respiratoires nocturnes
- **Cardiovasculaire:** vasodilatation initiale avec vasoconstriction consécutive
- **Cardiaque:** douleurs thoraciques, palpitations, spasmes coronaires, arythmie sinusale, VES, tachycardie
- **Gastrointestinal:** aérophagie, reflux, douleurs au thorax, bouche sèche
- **Musculo-squelettique:** hypertonus musculaire, crampes musculaires, douleurs, sensation de raideur
- **Rénal:** excrétion accrue de bicarbonate, excrétion accrue d'acides, production accrue d'ammonium
- **Metabolique:** hypocapnie, alcalémie (seulement en cas d'hyperventilation aiguë), hypophosphatémie (en raison du «shift» intracellulaire), dénoisation de calcium

## Dépressivité et dépression

Contrairement à la peur, qui constitue un domaine à facettes multiples et difficilement mesurable, la dépressivité ou la dépression représente une symptomatologie plus étroite. La dépressivité est décrite comme un symptôme affectif pouvant être mesuré au moyen d'outils psychométriques et en procédant par élimination en questionnant le sujet. Quant à la dépression, elle se situe dans une catégorie de diagnostic dont la consistance est garantie par des catalogues de diagnostic qui ne peuvent être utilisés que lors d'un entretien spécifique (entretien structuré). En principe, il n'est pas possible d'assimiler des restrictions ou l'apparition d'une maladie et ses conséquences chroniques sans deuil et sans réaction dépressive. Une telle confrontation avec la nouvelle situation personnelle est urgente, mais désagréable à tel point que de nombreux patients attendent avec inquiétude la tombée de la nuit et craignent d'aller au lit. Le moral des personnes affectées est également influencé par l'ampleur de l'atteinte physique ou psychique et par leur propre personnalité. Ce processus est souvent rampant et la plupart du temps imperceptible. Les modifications des affects et des humeurs restent souvent cachées au patient, qui éprouve de la difficulté à cataloguer ses sentiments.

On ignore en fin de compte le nombre de cas de dépression et d'états de dépressivité correctement identifiés et le nombre de ceux qui sont traités de manière appropriée. Une étude réalisée aux Etats-Unis auprès de patients victimes d'un infarctus du myocarde montre, avec une prévalence de 20 %, qu'au maximum un quart de ces patients a été diagnostiqué correctement et que, parmi ceux-ci, seuls 10 % ont été traités correctement (cf. Sheps and Sheffield 2001). L'identification de la comorbidité psychique présente également un intrêrêt sur le plan du pronostic comme le montrent les travaux sur les répercussions de la détresse morale et l'activation du système nerveux autonome ainsi que de l'axe hypothalamus-surrénale (cf. Lenfant 1998; Schwartz and La Rovere 1998; Ghuran, Reid et al. 2002). Une partie importante des cas de morbidité et de mortalité sont imputables à l'apparition d'arythmies cardiaques qui, accompagnés d'une fibrillation ventriculaire, peuvent entraîner une cardioplégie ou déclencher un infarctus (Lenfant 1998).

## Apparition des douleurs chroniques

### Qu'est-ce que la douleur?

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) s'est mise d'accord sur une définition provisoire résumant les points essentiels du phénomène de la douleur.

«La douleur est l'expression d'une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion.»

Cette définition provisoire est complétée par les éléments suivants:

- la douleur est toujours subjective,
- la douleur constitue une expérience sensorielle et sensitive,
- une association trop étroite de la notion de douleur avec des atteintes périphériques physiques est évitée afin de pouvoir enregistrer des douleurs psychogènes et autres.

Il ressort de cette définition que la nociception constitue un aspect important dans ce contexte. L'interaction et l'environnement social, la sensation et la possibilité de réaction ainsi que les répercussions constituent d'autres points essentiels. Cela veut dire que des douleurs périphériques afférentes sont désignées comme douleurs partant du thalamus et qu'à partir de ce niveau les processus psychiques et physiologiques agissent en équilibre. Ces aspects s'expriment dans des situations où – malgré des lésions importantes des tissus – la douleur n'est pas ressentie ou lorsque – en l'absence de lésion corporelle – le sujet ressent une douleur intense (par exemple lors de la perte d'un proche). Toute sensation douloureuse périphérique occasionne un réflexe conditionné, comme le fait de retirer la main lorsque l'on s'est brûlé. A cela il faut ajouter le fait que toute réponse à la douleur comporte, outre l'aspect d'autoprotection, un certain aspect régressif et interpersonnel. Lorsqu'une personne éprouve de la douleur, elle est automatiquement consolée. Sur le plan téléologique, la réaction à la douleur constitue une partie du système d'autoprotection de l'homme.

- 1 La composante sensori-discriminative:  
avec des informations sur l'heure, la localisation, la durée et l'intensité des douleurs
2. La composante émotionnelle:  
la douleur est (la plupart du temps) désagréable et «fait mal»
3. La composante cognitive-appréciative:  
la comparaison des expériences faites lorsqu'on a éprouvé de la douleur; le contexte global
4. La composante motrice-réflexive:  
réflexes de fuite, mimique (composante non verbale), vocalisation (composante verbale et paraverbale)
5. La composante végétative:  
sympathicotonie, troubles du sommeil, perte d'appétit

La douleur constitue également un point important sur le plan de la psychologie du développement. Elle nous fait ressentir nos limites et la frustration de nos besoins. Notre propre identité, dont nous faisons ainsi l'expérience – surtout au travers de la peau – est ainsi développée et limitée simultanément (Anzieu 1984). Par la douleur, l'enfant apprend également qu'il subit une punition, ce qui ouvre la porte à la symbolique du sentiment de douleur. Au cours de sa vie, la personne qui se développe peut également apprendre à différencier. Elle apprend comment exercer son pouvoir et comment éprouver du plaisir en provoquant de la douleur. Pour ce qui concerne la douleur aiguë, les lésions somatiques sont généralement au premier plan. Quant à la douleur chronique, ce sont avant tout les influences psychosociales qui sont déterminantes. On parle alors de la maladie de la douleur. La douleur, comme on le voit, constitue un phénomène complexe englobant l'ensemble des dimensions somato-psychosociales avec les composantes suivantes:

### **La douleur chronique**

La douleur chronique constitue un phénomène encore plus complexe que la douleur aiguë. Outre la situation physiologique, des mécanismes psychiques jouent ici un rôle central. En font partie, outre les feed-backs sensorimoteurs permanents induits par des expériences théoriques d'apprentissage (qui s'éteignent après de longs séjours dans un environnement à faible stimulation) ou l'apprentissage du comportement à adopter face à la douleur (par exemple dans une famille dont les membres souffrent de maux de tête), des phénomènes psychologiques comme la somatisation, le mécanisme de conversion et d'autres troubles – en partie dysmorphiques – ainsi que les altérations de l'humeur (dépression). A cela s'ajoutent la plupart du temps des contenus d'interaction sociale comme le gain secondaire de la maladie et l'interdépendance sociale qui peut être reproduite de façon exemplaire pour la collusion avec la douleur dans les mariages dont les sujets souffrent de maux de dos.

Les douleurs chroniques peuvent conduire à la dépression et en fin de compte à des altérations de la perception de la douleur qui forment pour leur part la base de la chronicisation en conditionnant ainsi une maladie chronique. Comme cela est le cas pour la douleur aiguë, la peur et la détresse peuvent accroître les capacités de perception. Les travaux sur les convictions dites de contrôle furent décisifs pour la saisie des dimensions susmentionnées. De cette manière, on veut dire que toute cognition, qu'elle soit relative à la douleur ou non, est rattachée de manière conceptuelle subjective à des instances de contrôle. On peut ainsi ressentir des douleurs en raison du changement des conditions météorologiques ou d'une surcharge de travail, etc. (ce qu'on appelle locus of control externe) ou en raison de sa propre défaillance, faute ou autre (ce qu'on appelle locus of control interne) (Connor 1995). Parfois, on mentionne une troisième dimension, dite fataliste-tolérante, qui correspond quant à elle à un élargissement de cette conceptualisation, mais qui n'est pas traitée ici.

Il est également important de saisir les modèles de maladie subjectifs des patients qui, par leur grande variété, ont des répercussions très différentes sur le plan de la stratégie de gestion des douleurs chroniques (Jacobs 2001). Par ailleurs, il faut différencier la répartition subjective de la signification (attribution) de la douleur, qui ajoute à la théorie subjective de la maladie une dimension spécifiquement axée sur la douleur et en partie aussi une dimension symbolique. La symbolique, les aspects ethno-culturels ou religieux ont également une influence sur le vécu du patient, notamment du fait que la douleur est associée à la punition.

Que toute douleur conduise fondamentalement à un sentiment erroné est facile à comprendre. La douleur s'accompagne toujours d'altérations du système limbique, ce qui peut aussi avoir des répercussions sur le plan physiologique, comme par exemple une activation de l'axe hypothalamique – pituitaire – surrénal avec les conséquences hormonales correspondantes. Le cercle du modèle de stress – qui n'a été que brièvement abordé – est ainsi refermé. Nous espérons cependant avoir suffisamment mis en lumière le fait qu'il n'y a pas de douleurs dites non vraies ou imaginaires.

### **La douleur handicapante**

L'aspect de l'atteinte constituée par la douleur fait partie de l'évaluation de tout problème de douleur chronique. Il faut évaluer les aspects psychosociaux, l'atteinte sur le plan social et la situation familiale et professionnel en tenant compte des ressources du réseau social. Il est évident que les patients souffrant de douleurs chroniques ressentent non seulement moins fortement la douleur et se sentent mieux protégés dans un environnement optimal, mais aussi qu'ils peuvent rester pendant plus longtemps intégrés dans le processus de travail. Nous savons aussi que chez les patients – dont le handicap extérieur dû à la douleur est jugé faible – de tels problèmes de douleur peuvent rapidement entraîner une invalidité totale en l'absence d'une prise en charge sociale. Cela constitue l'une des difficultés essentielles chez les personnes considérées comme professionnellement et socialement désavantagées, du fait que l'adaptation de leur poste de travail à leurs besoins se solde souvent par un échec.

### **Le traitement de la douleur**

Avant de conclure, il est utile de rappeler quelques principes en matière de traitement de la douleur, même si celui-ci ne constitue pas l'objet de ce propos. Dans le traitement des douleurs aiguës, on utilise des substances capables d'inhiber la production des médiateurs et, par conséquent, la réponse inflammatoire. Il s'agit d'anti-inflammatoires de tout type, de l'acide acétylsalicylique aux remèdes anti-rhumatismaux non stéroïdes, en passant même, dans certains cas, par les stéroïdes. Il va sans dire qu'on utilise également les anesthésiques et les opiacés. Les méthodes physiques ne sont pas négligées non plus, comme par exemple le traitement par la chaleur ou le froid et la stimulation électrique

(TENS). Lors d'états douloureux temporaires (par ex. lors de douleurs post-opératoires), les analgésiques contrôlés par le patient (ACP) à base de morphine ont fait la preuve de leur efficacité. Il en va de même en ce qui concerne la thérapie des douleurs chroniques. On utilise ici de préférence des analgésiques simples (paracétamol, AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens), des opiacés, des stéroïdes et actuellement aussi des antidépresseurs à action analgésique centralisée (par ex. IRSN). Selon l'étiologie, on peut y ajouter des myorelaxants ou des antiépileptiques. Des mesures spécifiques comme l'irradiation ou des cytostatiques sont employées en cas de tumeurs. Il est évident que seule la combinaison de divers médicaments permet d'obtenir un effet analgésique efficace à long terme. Cette combinaison doit par ailleurs être régulièrement réadaptée.

## **Bien-être**

La maladie implique une détresse et constitue une contrainte quotidienne. La maladie (qu'elle soit somatique ou psychique) conduit à des restrictions entraînant une perte de qualité de vie qui, en se fondant uniquement sur des appréciations subjectives, est définie comme bien-être physique, social et psychique. A ce propos, Holmes et Rahe ont mis au point, il y a 40 ans à peine, leur théorie l'événement de vie (Holmes and Rahe 1967). Du point de vue statistique, les pertes ou les déboires récurrents (daily hassles) (Kimball 1982) entraînent une accumulation des maladies dans l'année d'observation suivante. Comme exemples, on cite l'hémorragie cérébrale après la perte du conjoint, le déclenchement d'une poussée de colite ulcéreuse après un changement de travail ou l'aggravation de l'asthme en cas de conflits familiaux. La pondération de tels événements a montré qu'il faut toujours tenir compte de l'humeur (Zimmerman, O'Hara et al. 1984).

Du point de vue de la physiologie du cerveau, on peut déterminer des zones qui sont associées à la genèse des sentiments et du bien-être. Outre le système limbique, on compte ici les centres de récompense situés dans les amygdales, le noyau accumbens, le lobe frontal et l'hippocampe. De nombreux états, notamment les troubles de l'humeur ou du bien-être, dépendent d'une part du vécu et sont d'autre part très dépendants de la situation de vie, c'est-à-dire de la gestion des exigences qu'ils exigent de l'individu. Parmi les stratégies efficaces, nous retiendrons une volonté d'action positive, une aptitude à relativiser les menaces et une stratégie de gestion axée sur des problèmes concrets. De nombreux patients souffrant de troubles psychosomatiques chroniques montrent notamment ici des déficits importants ou des problèmes nécessitant une approche thérapeutique.

Chez les patients qui se plaignent de douleurs, des facteurs de stress psychosociaux peuvent renforcer les troubles, sans toutefois en être nécessairement à l'origine. Par conséquent, la saisie de la situation doit toujours tenir compte des aspects sociaux et psychiques. Par ailleurs, les douleurs à des localisations

semblables ou identiques peuvent avoir des étiologies diverses. Un patient peut ainsi souffrir de maux de dos pour des raisons de tension permanente et développer simultanément une hernie discale qui doit faire l'objet de soins thérapeutiques différents. Il est également essentiel de prendre conscience du fait que la dépression et la douleur sont étroitement liées. Du point de vue psycho-physiologique, elles exercent sur le patient des contraintes avec toutes les conséquences qui s'y rattachent. Après l'élimination des causes physiques, le patient ne va pas forcément aller mieux s'il continue à souffrir de contraintes psychosociales importantes ou s'il a des problèmes supplémentaires en raison de difficultés financières. En simplifiant, on peut dire que la mise en lumière des facettes diverses d'un état ne sert souvent à rien dans l'explication de la situation globale si d'autres raisons jouent également un rôle dans la vue d'ensemble.

Il est difficile de prendre en charge des patients souffrant de troubles psycho-physiologiques ou psychosomatiques du fait qu'ils conduisent toujours les médecins aux limites de leurs possibilités (Hahn, Thompson et al. 1994). En plus de cela, l'homme moderne a été socialisé de manière à toujours rechercher le problème d'abord chez le malade et peut-être jamais ou plus tard seulement dans le système dans lequel évolue le patient (et son médecin!) (Elks 1997). La variété des troubles (Escobar, Golding et al. 1987) contribue également à la confusion s'ils ne sont pas compris en relation avec l'activation du système nerveux autonome (Laederach 1993; Laederach-Hofmann and Fisch 2003). Dans l'évaluation de l'état global du patient, l'appréciation du comportement face à la maladie constitue un point central. Cela implique le genre de symptomatologie et le genre de communication des troubles (verbal, non verbal), l'étendue de la composante somatique (de psycho-physiologique à physiquement menaçante), l'appréciation de la pensée et des affects (par exemple la restriction mentale des symptômes, la symptomatologie d'accompagnement dépressive ou anxieuse), l'état d'esprit par rapport aux autres personnes occupées à l'élaboration du diagnostic et de la thérapie (méfiance, glorification, dépréciation) ainsi que la motivation visant à conserver ou à abandonner le statut de malade. Dans ce contexte, il faut également tenir compte des différences culturelles entre le médecin et le patient sur le plan de l'appréciation psychique et sociale de la maladie avec la consommation de prestations du système de santé qui s'ensuit (Lamprecht 1996; Lamprecht, Kobelt et al. 1999; Zielke 1999; Krauth, Weihs et al. 2000; Linden, Gothe et al. 2003; Hauser, Zimmer et al. 2004).

## **La prévention primaire**

La prévention des maladies (fonctionnelles) psychosomatiques ou psycho-physiologiques implique qu'il faut examiner des facteurs de risque chez les personnes saines. Ces facteurs de risque, qui pourraient favoriser la naissance d'une maladie, sont connus par des études diverses (cf. Laederach-Hofmann, Zundel-Funk et al. 1999). Pour modifier ces facteurs de risque – en tenant compte du statut social, des facteurs de personnalité, des dépendances (tabac, alcool) – il faut que les personnes concernées aient la volonté de changer de comporte-

ment. Il est certainement très difficile de réaliser une prévention primaire, et le scepticisme est de mise si l'on songe aux résultats.

D'un autre côté, considérer les facteurs psychosociaux dans le cadre de la prévention secondaire constitue un aspect important pour baisser les coûts de la santé dans le cadre de la prise en charge médicale (Krauth, Weihs et al. 2000; Linden, Gothe et al. 2003) ou pour désamorcer les problèmes en relation avec les rentes (Harfst, Koch et al. 2002; Schutz 2002).

## **Conclusion**

Avec tous les symptômes, il faut toujours considérer le fait que les contraintes psychosociales renforcent les troubles psychogènes et somatiques (par ex. les douleurs). Il est essentiel de prendre le patient au sérieux, même si cela est parfois difficile (the patient is the only one who can tell you what's the matter with him). Il faut notamment s'enquérir du concept de maladie subjectif. En cas d'incertitude, il ne faut pas hésiter à demander conseil, par exemple auprès de confrères spécialisés. Il est également important de poser des indications claires lors de la réalisation d'examens. Ainsi, une endoscopie supérieure ne sera pas effectuée lors de troubles dyspeptiques mais seulement en cas d'indication médicale formelle, même si le patient insiste. Le processus réflexif médecin – patient doit être placé au premier plan. Le traitement de problèmes psychosomatiques et psychologiques est certes laborieux, mais il est justifié, et utile et il permet d'économiser des coûts (Organista and Miranda 1991).

## **Etude de cas**

La patiente (Mme D.P., née en 1949) vit en Suisse depuis 24 ans (elle est originaire de Bosnie). Elle arrive un jour dans votre cabinet de consultation et se plaint de fortes douleurs lombaires, sans irradiations, qui la gênent dans son travail (profession: secrétaire). Vous ne trouvez pas de corrélation clinique, mais vous apprenez durant la consultation que votre patiente souffre également de douleurs au coude gauche.

Vous prescrivez des antalgiques (paracétamol, car vous savez que l'absence de douleurs– lors de la poussée initiale de maux de dos – améliore le pronostic à long terme et qu'elle prévient les rechutes (Worz, Muller-Schwefe et al. 2000; Rauschmann and von Stechow 2003). Pour le moment, vous renoncez à la radiographie, car vous savez que son utilité est discutable en l'absence de défaillances neurologiques (Deyo, McNiesh et al. 1985; Deyo, Diehl et al. 1987; Jarvik and Deyo 2000).

L'examen au laboratoire réalisé à l'occasion de la deuxième consultation ne montre pas de paramètres d'inflammation, ferritine normale, hématologie nor-

male. Les éosinophiles sont cependant légèrement au-dessus des valeurs normales (5 % correspondant à 470 (valeur normale 80–360)).

Ne rien entreprendre n'est probablement pas la solution idéale. Le «doctor shopping» (Marple, Kroenke et al. 1997) est ainsi encouragé. C'est pourquoi vous continuez à prescrire des analgésiques et des séances de physiothérapie.

Au bout de dix jours, la patiente revient vous trouver et déclare ne pas se sentir mieux et ressentir de plus en plus souvent des douleurs dans les muscles des bras et des jambes. Vous n'êtes pas très rassuré et demandez s'il y a des situations contraignantes. La patiente vous informe avoir eu un ulcère à l'estomac il y a trois ans (mais vous le saviez déjà) qui a été traité chez un confrère (vous ne connaissez que depuis peu de temps cette patiente qui s'est annoncée via votre secrétaire médicale). La patiente dit avoir souvent des maux de tête (après une commotion cérébrale il y a un an), des catarrhes de la cavité nasale, et ne pas se sentir très bien de manière générale. Parfois, elle a aussi de l'urticaire. Le matin, elle a mal aux articulations, parfois aussi la nuit. Elle a des problèmes de sommeil et pense que bientôt elle ne pourra plus exercer sa profession (secrétaire dans une administration fédérale) en raison de ces douleurs. De par l'anamnèse familiale, vous savez que cette patiente est mariée et mère de deux garçons adultes. L'époux touche une rente AI partielle en raison de maux de dos et ne travaille que de manière occasionnelle.

Vous effectuez un status corporel étendu (au préalable, vous avez – pour des raisons de temps – seulement procédé à un status local). L'examen physique constitue un outil relationnel important pour le médecin (outre le fait de procéder à des constatations) (Laederach-Hofmann 1995).

Vous vous trouvez en présence d'une patiente tendue, anxieuse et crispée, avec des lésions urticariennes au niveau du cou, en bon état général et en bon état de nutrition. La démarche est normale du point de vue clinique, mais la douleur la fait gémir. Tous les autres résultats sont normaux ou sans particularités. Vous savez d'autre part que cette patiente souffre d'asthme bronchique, qu'elle tousse souvent (de plus en plus depuis trois mois), qu'elle souffre d'inappétence et de diarrhées postprandiales (la sœur de la patiente est décédée à 61 ans d'un cancer de l'intestin), de gonflements aux yeux le matin (depuis 2 à 3 mois) et parfois de dermatite périorale. Madame D.P. prend les médicaments suivants: Estraderm TTS 25 (status après kystes ovariens il y a 6 et 4 ans), Dormicum 15 mg, Ecomucil et Dafalgan.

Vous êtes quelque peu désorienté. La patiente se plaint de douleurs mal définies, elle présente de nombreux symptômes simultanés. Vous constatez une anomalie au laboratoire. L'état de la patiente ne s'améliore toujours pas.

La capacité de travail est remise en question. Le mari de la patiente touche déjà une rente. Vous n'avez toujours pas de diagnostic.

C'est pourquoi vous décidez de faire examiner votre patiente par un rhuma-

tologue. Votre diagnostic provisoire est le suivant: panalgie, dépression, contraintes psychosociales. Vous suspectez également une fibromyalgie.

Après cinq jours, vous recevez une réponse par téléphone, et deux jours plus tard un message écrit:

Cher Kurt,

Merci.....

J'ai soumis ta patiente à un examen approfondi...

Moi non plus, je n'arrive pas à trouver d'explication...sérologie rhumatismale négative, éosinophiles légèrement élevés, IgE légèrement élevées (asthme bronchique allergique connu). Je pense que la patiente souffre d'un syndrome de fibromyalgie (malgré des points de pression typiques négatifs) ... Dépression...

Proposition de traitement: antidépresseurs, Dafalgan, évt. myorelaxants, sinon Balmox et physiothérapie.

Vous vous réjouissez, car vous n'avez rien oublié. Vous suivez les conseils de votre confrère.

Une semaine plus tard, après avoir discuté avec la patiente et après avoir commencé le traitement, l'employeur de la patiente vous appelle par téléphone en vous demandant un certificat (la patiente est en arrêt de travail depuis cinq jours déjà).

Vous appelez la patiente chez elle à la maison.

L'époux vous répond (vous l'entendez pour la première fois et vous êtes surpris qu'il parle aussi bien le suisse-allemand). L'époux vous informe que la patiente est alitée et que ses vertiges l'empêchent de se lever. La patiente aimerait que vous passiez à la maison (jusqu'ici, elle a souffert en pensant que la situation allait finir par s'améliorer).

Vous effectuez une visite à domicile.

Appartement de 3 pièces ½ dans un immeuble. L'appartement est propre. On vous a préparé une serviette et un savon. L'époux vous reçoit à la porte (diagnostic oculaire: maladie de Bechterew). La patiente est alitée. Sa température est de 37,8° C. Elle est en état d'excicose et se plaint de douleurs dans tous les muscles.

Vous procédez à une injection de Novagin et vous prescrivez un antipyrétique. Vous pensez que son état de santé va bientôt s'améliorer. C'est pourquoi vous la convoquez à votre cabinet médical (pour le lendemain).

Votre assistante méciiale semble désespérée lorsqu'elle vous amène la patiente pour la consultation.....

Vous auscultez la patiente une nouvelle fois. Vous trouvez des signes de sinusite et vous mentionnez qu'il pourrait s'agir d'une pneumonie. La température de la

patiente est de 38° C. Elle tousse et elle a déjà pris ses médicaments de réserve (spray Ventolin) ainsi qu'un mucolytique.

Vous réalisez une radiographie du thorax.

Le cliché permet les constatations suivantes: infiltrations multiples, floues et ayant la forme de tâches.

Vous décidez que la patiente doit être hospitalisée.

Deux jours plus tard, Madame D.P. est admise à l'hôpital. Comme d'habitude, on répète les prises de sang (l'éosinophilie est constatée une nouvelle fois). La radiographie du thorax est normale!

Après avoir pratiqué une antibiose par Augmentine, la patiente peut rentrer chez elle une semaine plus tard. Le rapport médical contient les diagnostics suivants:

exacerbation de l'infection de l'asthme bronchique avec éosinophilie sanguine et expectoration, résultats typiques pour les fonctions pulmonaires (y c. provocation), sinusite d'accompagnement (syndrome descendant ?), panalgie, dépression.

La patiente allait mieux, mais elle revient vous trouver trois mois plus tard en se plaignant de douleurs (pratiquement généralisées).

Vous réfléchissez pour quelle raison les analgésiques, la physiothérapie, votre prise en charge empathique n'ont pas donné de résultats et vous convoquez la patiente de manière régulière, même lorsqu'elle n'a pas de douleurs (Eisenthal, Koopman et al. 1990). Vous lui rappelez à plusieurs occasions qu'elle ne souffre que de troubles bénins et vous donnez des conseils appropriés concernant la physiothérapie et la médication (Dubach and von Rechenberg 1977).

Après huit mois, vous réferez la patiente à un psychosomaticien pour qu'il effectue un traitement ambulatoire (c'est-à-dire chez nous).

Nous constatons les points suivants:

- douleurs typiques en relation avec des contraintes, notamment à l'extrémité inférieure droite,
- indications de contraintes psychosociales et de dépression réactive,
- anamnèse de maux de dos avec effet typique et positif des médicaments et physiothérapie,
- pas d'explication psychologique des douleurs musculaires,
- éosinophilie (chez nous: valeur absolue de l'analyse du sang: 2000 éos.).

Nous posons les diagnostics différenciés suivants:

syndrome d'éosinophilie-myalgie, PNS (dermatomyosite), infestation par des vers.

Les confrères de la clinique de rhumatologie (auxquels nous avons confié notre patiente en vue d'une hospitalisation pour contrôles) analysent les selles et trouvent des **strongyloides stercoralis** (anguillulose). Après la thérapie habituelle à l'Albendazol (Zentel®) 3 jours à 400 mg/jour et répétition après trois semaines, la patiente **ne souffre plus de myalgies**. Les dépressions et une partie des douleurs subsistent néanmoins...

## Conclusion

Dans ce cas, la symptomatologie des troubles s'est considérablement améliorée grâce à une constatation thérapeutique faite un peu par hasard. Dans ce contexte, il est essentiel de savoir que cette situation ne se rencontre que dans très peu de cas. Les évolutions liées à de tels troubles peuvent plutôt être constatés dans la chronicisation des maladies. C'est pourquoi il est important qu'il n'y ait pas d'erreurs lors de la prise en charge psychosomatique et qu'on suive à la lettre les recommandations fournies par la littérature médicale. Dans le cas présent, le médecin traitant a fourni un travail exceptionnel. Si tous nos confrères suivaient ces conseils, il y aurait certainement moins d'évolutions graves et on assisterait peut-être moins souvent à des phénomènes de chronicisation des troubles psychosomatiques.

## Références

- Anzieu, D. (1984). «Au fond du soi, le toucher.» *Rev Franç Psychanalyse* 48: 1385–98.
- Connor, M. (1995). «Locus of control.» *Therapeut Care Education* 4: 16–26.
- Deyo, R. A., A. K. Diehl, et al. (1987). «Reducing roentgenography use. Can patient expectations be altered?» *Arch Intern Med* 147(1): 141–5.
- Deyo, R. A., L. M. McNiesh, et al. (1985). «Observer variability in the interpretation of lumbar spine radiographs.» *Arthritis Rheum* 28(9): 1066–70.
- Dubach, U. C. and K. N. von Rechenberg (1977). «[Patient's understanding of their illness and patient-doctor relationship in the out-patient clinic (author's transl)].» *Dtsch Med Wochenschr* 102(35): 1239–44.
- Eisenthal, S., C. Koopman, et al. (1990). «The nature of patients' requests for physicians' help.» *Acad Med* 65(6): 401–5.
- Elks, M. L. (1997). «'I'm OK; you're not': medical socialization and psychosomatic illness.» *Med Hypotheses* 48(1): 33–6.
- Escobar, J. I., J. M. Golding, et al. (1987). «Somatization in the community: relationship to disability and use of services.» *Am J Public Health* 77(7): 837–40.
- Ghuran, A., F. Reid, et al. (2002). «Heart rate turbulence-based predictors of fatal and nonfatal cardiac arrest (The Autonomic Tone and Reflexes After Myocardial Infarction substudy).» *Am J Cardiol* 89(2): 184–90.
- Hahn, S. R., K. S. Thompson, et al. (1994). «The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology.» *J Clin Epidemiol* 47(6): 647–57.
- Harfst, T., U. Koch, et al. (2002). «[Treatment recommendations in psychosomatic rehabilitation -- empirical analyses based on the pension insurers' standardized discharge report].» *Rehabilitation (Stuttg)* 41(6): 407–14.
- Hauser, W., C. Zimmer, et al. (2004). «[Cost effectiveness of integrated internal medicine].» *Psychother Psychosom Med Psychol* 54(1): 34–8.
- Holmes, T. H. and R. H. Rahe (1967). «The Social Readjustment Rating Scale.» *J Psychosom Res* 11(2): 213–8.
- Jacobs, G. D. (2001). «The physiology of mind-body interactions: the stress response and the relaxation response.» *J Altern Complement Med* 7 Suppl 1: S83–92.
- Jarvik, J. G. and R. A. Deyo (2000). «Imaging of lumbar intervertebral disk degeneration and aging, excluding disk herniations.» *Radiol Clin North Am* 38(6): 1255–66, vi.
- Kimball, C. P. (1982). «Stress and psychosomatic illness.» *J Psychosom Res* 26(1): 63–71.
- Krauth, C., C. Weihs, et al. (2000). «[Indirect costs and time costs of (ambulatory) rehabilitation of mothers with psychosomatic disorders who have preschool children].» *Gesundheitswesen* 62(8–9): 457–62.
- Laederach, K. (1993). «Psychophysiologic manifestations, psychological and somatic risk factors and the physician-patient relationship in patients with heart diseases.» *Schweiz Rundsch Med Prax* 82(43): 1188–94.
- Laederach-Hofmann, K. (1995). «Psychovegetative syndromes in clinical practice.» *Ther Umsch* 52(2): 129–37.
- Laederach-Hofmann, K. and H. U. Fisch (2003). «Diagnosis and Therapy of Depression in Patients Suffering from Coronary Heart Disease.» *Ther Umsch* 60(11): 703–7.
- Laederach-Hofmann, K., A. M. Zundel-Funk, et al. (1999). «Physical and psychological status of 60-70-year-old citizens of Bern with neurotic symptoms in childhood--a study over more than 50 years (Emmental cohort).» *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 48(10): 751–77.
- Lamprecht, F. (1996). «Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen The economic results of failed treatments in psychosomatic and somatopsychic diseases.» *Psychother Psychosom med Psychol* 46: 283–291.

- Lamprecht, F., A. Kobelt, et al. (1999). «[Results of a 1-year follow-up study of neighborhood ambulatory aftercare after inpatient psychosomatic rehabilitation].» *Psychother Psychosom Med Psychol* 49(9-10): 387–91.
- Lenfant, C. (1998). «Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease.» *Circulation* 98(4): 281–6.
- Linden, M., H. Gothe, et al. (2003). «Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a »gate keeper« and an »open access« health care system: a comparison of Germany and the Netherlands.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(12): 690–7.
- Marple, R. L., K. Kroenke, et al. (1997). «Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. Frequency, physician perceptions and actions, and 2-week outcome.» *Arch Intern Med* 157(13): 1482–8.
- Organista, P. B. and J. Miranda (1991). «Psychosomatic symptoms in medical outpatients: an investigation of self- handicapping theory.» *Health Psychol* 10(6): 427–31.
- Rauschmann, M. A. and D. von Stechow (2003). «[Drug therapy of back pain].» *Orthopade* 32(12): 1120–6.
- Schutz, M. (2002). «[Progression of the pension-application process in psychosomatic patients].» *Gesundheitswesen* 64(12): 639–44.
- Schwartz, P. and M. La Rovere (1998). «ATRAMI: a mark in the quest for the prognostic value of autonomic markers. Autonomic Tone and Reflexes After Myocardial Infarction.» *Eur Heart J* 19(11): 1593–1595.
- Sheps, D. S. and D. Sheffield (2001). «Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective.» *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 8: 12–6; discussion 17–8.
- Worz, R., G. Muller-Schwefe, et al. (2000). «[Back pain: guidelines for drug therapy. Utilize the therapeutic spectrum].» *MMW Fortschr Med* 142(5): 27–33.
- Zielke, M. (1999). «[Cost-benefit aspects in psychosomatic rehabilitation].» *Psychother Psychosom Med Psychol* 49(9–10): 361–7.
- Zimmerman, M., M. W. O'Hara, et al. (1984). «Symptom contamination of life event scales.» *Health Psychol* 3(1): 77–81.

### **Adresse de l'auteur:**

PD Dr. med. Kurt Laederach-Hofmann  
 Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie  
 Klinik für Allgemeine Innere Medizin,  
 Psychosomatische Sprechstunde der Psychiatrischen Poliklinik  
 Universität Bern/Inselspital  
 Murtenstrasse 21  
 3010 Bern  
 kurt.laederach@insel.ch

# Evolution à long terme des maladies névrotiques et somatoformes

Klaus Foerster

## Introduction

Les troubles névrotiques et somatoformes sont courants. Leur fréquence, leur tendance toute aussi commune à la chronicité, l'utilisation importante des services médicaux qu'ils requièrent et leur haut degré de souffrance subjective expliquent le retentissement socio-médical majeur qu'ils provoquent (Foerster et Weig, 2003). Lorsque l'on examine leur évolution se posent toute une série de questions qui s'intéressent p.ex. à la stabilité des symptômes, aux options thérapeutiques, à l'influence de facteurs extérieurs – les accidents en particulier – et à leur évaluation socio-médicale. On peut s'interroger dans ce contexte s'il n'existe pas éventuellement des groupes différents : les patients présentant ce type de troubles qui ne demeurent «que» patients et les autres qui deviennent sujets du groupe témoin dans les évaluations socio-médicales.

## Les évolutions

Sur le plan international, il existe de nombreuses études décrivant les évolutions de troubles névrotiques et somatoformes dont les résultats cependant ne se recoupent pas. Ceci ne doit pas forcément surprendre car les durées d'observation sont très disparates. Elles s'échelonnent entre périodes brèves – de quelques mois à un an – et longues – de 12 ans, voire plus dans certaines études. De plus, les échantillons représentatifs sont très variables : malades issus de cabinets médicaux, échantillons choisis au hasard, malades hospitalisés ; dès lors, des résultats divergents sont escomptables. Dans ce contexte, l'étude de terrain de Mannheim abordant l'épidémiologie des maladies névrotiques et somatoformes (Franz et. al., 2000) représente une première mondiale. Il s'agit d'une étude prospective longitudinale incluant 600 personnes résidant à Mannheim satisfaisant aux critères requis pour former un échantillon représentatif. Hormis la question épidémiologique fondamentale de la fréquence de ces troubles, on a tenté de préciser les facteurs d'influence psychosociaux sur le développement et l'évolution des maladies névrotiques et somatoformes; on a donc en d'autres termes également pris en compte l'évaluation étiopathogénique et psychodynamique.

Tout d'abord, voici quelques résultats de cette étude. Elle a inclus 301 sujets qui ont pu être examinés régulièrement pendant 11 ans. Il a pu être démontré une très forte constance aussi bien de la santé émotionnelle et psychique que des troubles émotionnels et psychiques. Troubles et normalité ont été principalement évalués à l'aide du score de sévérité du handicap (Beeinträchtigungsschwerescore = BSS) développé par Schepank. Le taux de «cas» a été chiffré à 26%. En ce qui concerne l'évolution du groupe de sujets présentant des troubles psychiques, les observations suivantes ont été faites : après 11 ans, une amélioration du BSS a été observée chez 11%, 21% étaient sans changement ou malades ; chez 14 %, le BSS était péjoré. Il s'agit ici bien sûr de résultats statistiques basés sur l'ensemble des groupes. Lorsque les auteurs ont pris en compte les décours individuels, ils ont pu constater que les taux d'amélioration et de péjoration étaient équilibrés. Sur le plan socio-médical, une observation faite dans le groupe des sujets qui, durant toute l'évolution, ont été qualifiés continuellement de malades, voire même de péjorés, est intéressante: une dépressivité accrue en relation avec une diminution de la compétence sociale a été constatée, suggérant la possibilité de ressources thérapeutiques et de réadaptation restreintes.

Suivent quelques résultats qui nous semblent être importants. Il n'est pas possible d'exposer de façon résumée les résultats globaux du fait du grand nombre de données et de la complexité de leur présentation.

- Du fait de la stabilité du nombre de «cas» et de «non cas», donc des sujets en bonne santé et malades, il ressort que la valeur du BSS mesurée lors du premier examen a une haute valeur prédictive sur l'état de santé psychique observé 11 ans plus tard.
- Le nombre de «cas» est généralement plus élevé chez les femmes; celles qui de plus sont issues d'une faible classe sociale présentent un risque élevé de chronicité.
- Il a été observé en ce qui concerne l'appartenance à une classe sociale particulière que le handicap clinique s'accroît lorsque le status social s'abaisse. Le groupe de sujets qui ont présenté une amélioration ou une péjoration de leur status social est particulièrement intéressant. Les sujets qui ont subi une baisse de leur status social montrent déjà avant que cette péjoration ne se produise un handicap plus sévère, alors que les sujets ayant présenté une amélioration de leur status social présentent avant que celle-ci n'intervienne un handicap moins marqué. Sur la base de cette observation, les auteurs concluent qu'une péjoration du handicap névrotique et somatoforme ne peut être considérée comme seule conséquence d'un déclassement social. Ils formulent 2 hypothèses à la source de ce phénomène: d'une part, l'hypothèse d'une dérive selon laquelle le malade souffrant d'un trouble psychique sombre également socialement et autre part l'hypothèse de génétique humaine selon laquelle l'appartenance à une certaine classe sociale et les maladies névrotiques et somatoformes, s'ils sont corrélés, sont éventuellement à mettre sur le compte d'un facteur d'influence génétique.

- Il a été démontré en ce qui concerne la capacité de gain que 43% des malades chroniques la conservent; il faut cependant prendre en compte ici le pourcentage élevé de femmes, raison pour laquelle il n'est pas possible de démontrer la présence d'un lien de cause à effet. Parmi les sujets sans capacité de gain, 14% bénéficiaient de l'aide sociale, 5% recevaient des allocations de chômage et 38% étaient femmes ou hommes au foyer. Il n'est pas possible de tirer des conclusions en ce qui concerne la question des rentes car 2 sujets seulement en ont été bénéficiaires.

## Etiologie

Dans l'étiologie ont été également pris en compte des facteurs de stress et des expériences vécues durant l'enfance. Les éléments suivants ont été taxés de facteurs pathogènes durant l'enfance : naissance illégitime, importante différence d'âge entre père et mère, déficit maternel, psychopathologie du père et/ou de la mère, séparation prolongée du père durant les 6 premières années de l'existence.

Les facteurs protecteurs durant l'enfance étaient: personne stable au contact chaleureux présente continuellement, mère en bonne santé psychique, rapport harmonieux entre les personnes chargées de l'éducation de l'enfant.

Hormis ceux de Mannheim, voici **les résultats d'autres études** qui ont abordé le vaste thème des **évolutions des troubles somatoformes**. Quelques études traitant des troubles de somatisation montrent que le décours est déjà initialement chronique (Kent et al., 1995). Durant une durée d'observation allant de 6 à 12 ans, le diagnostic de troubles de somatisation était confirmé chez deux tiers des patients au follow-up (Guez et al., 1986). La prévalence se chiffrant à 12.6% était déjà très élevée chez les adolescents et les jeunes adultes (Lieb et al., 2000).

Dans une étude américaine échelonnée sur 5 ans, il a été démontré que les patients souffrant d'un trouble hypochondriaque satisfaisaient aux mêmes critères diagnostiques ce délai passé (Barsky et al., 1998).

Les patients souffrant de troubles de conversion, en particulier sous forme de troubles moteurs, témoignaient après 7 ans d'évolution d'un mauvais pronostic. Il est intéressant de noter que tous ces patients avaient conservé avec le temps leur conviction de l'origine organique de leurs troubles (Feinstein et al., 2001). Au titre de facteurs pronostiques de décours favorable sont cités dans le DSM-IV: développement aigu, facteur de stress bien identifiable initialement, bref délai entre apparition des symptômes et début du traitement et intelligence de bonne moyenne. Des résultats similaires ont été récoltés lors d'étude sur l'évolution de la neurasthénie. Il semble ici qu'une rémission complète du tableau clinique soit rare; en revanche, les améliorations sont plus fréquentes. En général, lesdits symptômes d'épuisement ont une tendance accrue à se chronifier (Kroenke et al., 1988). Une majorité de patients souffrant de neurasthénie ou de ce que l'on appelle dans la nomenclature actuellement à la mode chronic fatigue syndrome s'opposent catégoriquement à la notion que leurs symptômes puissent être en

liaison avec des troubles psychiques, voire même causés par eux. Fréquemment, ces patients ont une idée préconçue forgée par leur médecin de famille ou les médias selon laquelle ils souffrent très certainement d'une maladie à fondement organique. Le gros potentiel d'attraction du diagnostic de chronic fatigue syndrome s'explique éventuellement par le fait que grâce à ce terme prétendument clarifiant, les symptômes s'expliquent, et dès lors, il est loisible de poursuivre les investigations dans la voie organique.

Dans les études citées, ce sont les diagnostics de l'axe 1 au sens du DMS-IV qui ont été exclusivement pris en compte. Il me semble cependant absolument nécessaire d'intégrer chez ces patients également toute la palette des diagnostics de l'axe 2, donc d'évaluer la question de la présence de traits particuliers ou de troubles de la personnalité. Il peut exister une co-morbidité ou alors une symptomatologie qui à première vue semble somatoforme. Elle est en mesure de « masquer » un trouble de personnalité ; en outre, cet élément peut jouer un rôle dans l'évolution.

Dans le cadre d'une catamnèse s'échelonnant sur 12 ans, des auteurs britanniques ont étudié la stabilité des diagnostics de l'axe 2 chez des patients souffrant de troubles névrotiques, de dysthymie, de troubles panique ou d'anxiété généralisée. Les patients porteurs d'un diagnostic de structure histrionique de personnalité montraient la plus faible stabilité ; en revanche, les patients appartenant au groupe schizoïde/schizotypique/paranoïde montraient tout comme ceux de caractère d'évitement/compulsif une accentuation du trouble de la personnalité (Seivewright et al., 2002).

Dans mon ancienne étude sur les catamnèses de rentiers souffrant de névrose, j'avais également pris en compte les structures de personnalité (Foerster 1984, 1992). J'avais alors noté à l'encontre des résultats de l'étude de Mannheim une nette prépondérance des sujets présentant une structure de personnalité histrionique. Ceux qui étaient avant tout schizoïdes et à caractère compulsif étaient moins fréquemment représentés ; rares étaient également les sujets à caractère dépressif. Dans l'évolution, j'avais noté que plus d'un tiers des sujets étaient améliorés au follow-up sur le plan symptomatique, alors que deux tiers étaient inchangés voire péjorés. C'est surtout le groupe des sujets qui avaient été taxés d'améliorés au follow-up qui doit retenir l'attention. Il a été possible de démontrer que tous avaient des personnalités avant tout histrioniques, en d'autres termes que les sujets améliorés se recrutaient principalement dans le groupe des sujets de caractère avant histrionique. Lorsque l'on analysait chez les sujets améliorés hormis la structure de personnalité également leur situation interne et externe, on pouvait récolter les éléments suivants : les problèmes à la place de travail avaient disparus ; le décès ou la séparation du conjoint avait été surmonté ; une situation de famille préoccupante s'était stabilisée – événements qui naturellement dans tout curriculum peuvent se manifester sans spécificité particulière. De plus j'ai analysé si les sujets améliorés avaient la faculté de développer des mécanismes de compensation, activité familiale ou sociale, passe-temps et

violon dingre p.ex.. Un tiers des sujets améliorés étaient en ce sens actifs sur le plan social pour 10% seulement du groupe des sujets non améliorés. Ce résultat correspond fort bien à l'un de ceux déjà cité de l'étude de Mannheim, à savoir que la compétence sociale du groupe des sujets constamment malades ou se péciorant est diminuée. Un autre résultat de l'étude de Mannheim se recoupe avec mes observations. Ces auteurs ont mis l'accent sur le rôle hautement significatif joué par les facteurs de personnalité – taxés de façon générale de compétence et de flexibilité – comme éléments protecteurs et que dans ce contexte des facteurs somatiques et génétiques pourraient être impliqués. Le psychiatre qui s'intéresse à l'histoire se remémora la phrase de Sigmund Freud à l'adresse de Ludwig Binswanger: «tout est constitutionnel» (Konstitution ist alles) (Binswanger, 1956).

## Epidémiologie

Tout d'abord, voici les résultats de l'étude de Mannheim: le nombre total de cas, en d'autres termes de sujets demeurés inchangés et malades, voire péciorés se chiffraient à 26% de l'échantillon. Ils se répartissaient de la façon suivante: 7% de troubles névrotiques, 12% de maladies fonctionnelles psychosomatiques – correspondant éventuellement au groupe que l'on taxerait aujourd'hui de troubles somatoformes – et 7% de troubles de la personnalité, indice supplémentaire soulignant l'importance de la prise en compte des diagnostics de l'axe 2.

Dans une étude en Grande Bretagne, Jenkins et al. (2003) ont chiffré ce taux de prévalence de troubles névrotiques à 12% chez les hommes et à 19.5% chez les femmes.

Sur le seul plan des symptômes, en particulier l'évolution des douleurs qui représente un sujet auquel on s'intéresse particulièrement à l'heure actuelle, les observations faites dans diverses études sont les suivantes: dans une vaste étude (n=5752) réalisée sur des patients recrutés dans des cabinets de médecine générale, Webb et al. (2003) ont calculé une prévalence de douleurs cervicales de 30%. L'incidence de douleurs cervicales sur une période de 13 mois a été chiffrée à 34% (Smedley et al., 2003). La prévalence ponctuelle de douleurs chroniques d'épaule et du bras s'élevait à 20.8% dans un échantillon non sélectif (n=3000) de la population (Gummesson et al., 2003).

Si j'établis un lien avec le thème des **séquelles d'accident**, il est possible de faire les commentaires d'ordre général suivant : les accidents, surtout ceux de la voie publique sont fort fréquents. Les troubles qui sont décrits après des accidents sont souvent similaires à ceux qui se manifestent spontanément en dehors de tout contexte accidentel. Il faut de ce fait toujours éprouver dans quelle mesure existe un lien de cause à effet inhérent entre accident et troubles subséquents ou si cet accident ne représente qu'un point de référence choisi au hasard. Un lien associatif vérifié statistiquement ne peut être établi au vu des données chiffrées à disposition. Autrement dit, nous nous trouvons à nouveau placés face au problème bien connu de l'appréciation du rôle joué par un événe-

ment accidentel et son vécu dans l'évolution de troubles subjectifs qui se sont manifestés à sa suite.

Dans ce contexte, il faut également prendre en compte que pour de nombreux troubles post-accidentels existe un lien étroit entre leur incidence et la possibilité d'obtenir du fait de leur présence un dédommagement financier. Ainsi, il a été démontré que 65 % de la variabilité de manifestation d'un état de stress post-traumatique après un accident est modulée par la perspective d'obtenir un dédommagement financier (Blascynski, 1998). Des associations de ce type ont été décrites à diverses reprises lors de séquelles fonctionnelles de distorsion de la colonne cervicale. Au Canada, on a enregistré une diminution de 31 % du taux de cervicalgies post-traumatiques après modification de la loi, en particulier de celle qui régit les conditions requises pour l'octroi de prestations d'assurance (Cassidy et al., 2003). Dans leur vaste revue sur les divers contextes légaux et les séquelles de distorsion de la colonne cervicale, Ferrari et al. (2001) ont constaté que les taux d'incidence et de rémission après distorsion de la colonne cervicale varient en fonction du droit de responsabilité civile en vigueur dans chaque pays. Ceci ne constitue rien de neuf bien sûr, si nous nous remémorons l'histoire qui a suivi la première description de la «railway spine».

Hormis la perspective d'une gratification financière, d'autres facteurs peuvent indépendamment d'accidents antérieurs engendrer une chronicisation qui sont hélas également en liaison avec le système de santé. Il faut mentionner en premier lieu les défaillances primaires dans l'examen médical, en particulier la confusion probablement indécrotable faite entre description des troubles et constatations cliniques. Les troubles sont évoqués par les malades et correspondent aux altérations de l'état de santé qu'ils éprouvent subjectivement. Les constatations sont en revanche des observations objectives faites par le médecin. Fréquemment, on trouve dans des lettres écrites par des médecins, dans leurs attestations mais également dans leurs expertises un mélange de ces deux éléments sur la base duquel est tirée cette conclusion illicite, formulée p.ex. de la façon suivante: «Le postulant a encore des troubles à l'heure présente et persistent dès lors des séquelles de l'accident» .

Ce sont bien sûr les termes suivants qui sont corrects: «Le requérant décrit encore des troubles. La question de savoir si ceux-ci sont imputables à l'accident et si persistent des séquelles accidentelles doit être tirée au clair par un examen et par la récolte de constatations cliniques».

Il faut à ce propos aborder brièvement le problème de la simulation. La simulation au titre de véritable tromperie est rare, quoique des données provenant des USA n'illustrent pas forcément ce propos. Ainsi, dans le domaine des atteintes cérébrales post-traumatiques, Larrabee (2003) a chiffré leur fréquence à 40 % lors de l'analyse de 11 études incluant 1363 personnes. Dans le cadre d'une étude américaine fondée sur des questionnaires délivrés à des experts ayant été actifs dans des questions de dommage et intérêt, Mittenberg et al. (2002) ont calculé une fréquence de simulation et d'aggravation de 29 % chez des per-

sonnes après traumatisme crânio-cérébral mineur, de 35% chez des personnes souffrant de fibromyalgies et de fatigue chronique et de 31% chez des sujets décrivant douleurs et troubles somatoformes. Demeure encore ouverte la question de savoir si ces chiffres sont transférables à l'Europe occidentale. Il faut néanmoins songer à cette possibilité. Les difficultés conceptuelles dans l'évaluation de la simulation et de l'aggravation ne suscitent que peu à peu l'attention dans la littérature germanophone, et ce surtout à l'initiative des neuropsychologues (Merten, 2000).

Un grand nombre d'exams inutiles voire même en partie délétères sont hélas encore pratiqués. On peut mentionner à ce titre des spondylodèses de la colonne cervicale réalisées par de nombreux neurochirurgiens en cas de troubles fonctionnels. Ceux-ci ne s'améliorent pas bien sûr des suites de l'opération: en revanche, ils acquièrent après coup effectivement une origine somatique.

Un problème auquel nous sommes confrontés de manière croissante en Allemagne résulte de la prescription irréfléchie et sans indication formelle d'opiacés dans des cas d'états fonctionnels douloureux. Lorsque nous voyons plus tard ces patients dans le cadre d'une expertise socio-médicale, on observe parfois qu'ils souffrent d'une dépendance secondaire iatrogène aux opiacés.

N'est hélas pas rare la situation où des médecins traitants annoncent à leur patient la présence d'une grave maladie ou lésion après un accident, alléguant qu'ils combinent éventuellement à celle qu'il ne leur sera plus jamais possible de travailler du fait de ce handicap. Ceci n'est pas nouveau comme l'illustre une fois de plus un retour à l'histoire de notre discipline. En 1919 déjà, Eugen Bleuler avait fustigé ces faits dans son ouvrage remarquable et hautement recommandable sur la réflexion autiste et indisciplinée en médecine. A la lecture de ce livre, nous devons admettre aujourd'hui avec résignation que pratiquement rien n'a changé depuis 1919 – hormis la toile de fond propre à ces deux époques. Un autre problème résulte des nouveaux systèmes de classification DSM-IV et CIM-10. Ces systèmes de classification utilisent on le sait le terme de «trouble», soit de «disorder» en anglais. Si on considère que le terme de trouble est synonyme de maladie, peuvent en résulter des confusions dont l'impact négatif est en particulier perceptible lorsque des enjeux d'ordre juridique sont en cause.

Demeure ouverte la question de savoir si le terme de troubles somatoformes est utile. De mon avis, il s'agit d'une nouvelle étiquette de l'ancienne «dystonie végétative» et d'autres termes similaires. Sharpe et Mayou (2004) se sont de ce fait interrogés si l'usage du terme de troubles somatoformes constituait une aide ou au contraire un obstacle à comprendre et traiter correctement ces malades. Les auteurs estiment qu'il vaudrait mieux renoncer totalement à ce terme. Hausotter (2004) émet une proposition similaire lorsqu'il montre, fondé sur la présentation exemplaire d'un cas, à quel point la pose d'un diagnostic de «fibromyalgie» a été fatale à une patiente.

Il est probable qu'existe de principe un congloméra de troubles à partir duquel – fondé sur l'esprit du temps et les données socioculturelles du moment – se

formulent des diagnostics comme l'a montré de façon convaincante Shorter (1994) dans son livre «From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era».

A son avis, la somatisation représente le pendant moderne de l'hystérie du 19<sup>ème</sup> siècle, la solitude et l'absence d'attache sont une cause importante du développement de troubles de somatisation. Existe un lien fonctionnel entre solitude d'une part et évocation de mal-être dans sa peau, de mauvais état de santé et de consultations médicales fréquentes avec comme aboutissant des maladies somatiques d'autre part. Shorter (2004) conclut que la génération de l'ère post-moderne est singulièrement sujette au développement de maladies psychosomatiques, de troubles de somatisation en particulier.

## La prévention

Des réflexions sur la prévention peuvent être réparties en mesures générales de prévention et de protection visant à diminuer les troubles névrotiques et somatoformes et en mesures de prévention à l'intérieur du système de santé et du contexte légal.

Parlons tout d'abord des mesures de prévention à l'intérieur du système de santé et du contexte légal :

Il est bien connu que les mesures de traitement ne sont prises généralement que trop tardivement. Pour améliorer la situation, une formation des médecins généralistes et des médecins dans les entreprises pourrait être utile. Les thèmes suivants pourraient être abordés (Rutz et al., 1992, Stevens et Foerster, 1995):

- identification des troubles névrotiques et somatoformes
- connaissances élémentaires sur l'assimilation du conflit névrotique
- connaissances sur les options thérapeutiques
- informations sur la mise en œuvre de pratiques thérapeutiques.

On pourrait accélérer la faculté de reconnaissance précoce de ces troubles en invitant p.ex. les malades qui présentent une incapacité de travail de plus de 12 semaines sur une période de 6 mois à un entretien avec un médecin formé en psychothérapie et ce indépendamment du diagnostic noté dans les attestations d'incapacité de travail.

Les possibilités d'encouragement à la réintégration professionnelle et de la réadaptation sous forme d'un coaching intense devraient être envisagées surtout après des «traumatismes externes» où les assurances sont impliquées. Existente dans ce domaine des exemples encourageants qui proviennent aussi bien de Suisse que de l'Allemagne.

Les contentieux sociomédicaux devraient être clos rapidement dans la mesure du possible. Il est clair que ceci ne constitue qu'un vœu pieux, sans fondement réaliste.

Basé sur une vaste expérience et le résultat de diverses études, il est établi que l'octroi d'une gratification financière limitée dans le temps, p. ex. sous forme d'une rente versée à terme, constitue un facteur de mauvais pronostic. Il est dès lors regrettable qu'en Allemagne, on ait négligé cet élément dans la nouvelle réglementation de l'assurance-rente (Gesetzliche Rentenversicherung) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Dans ce nouveau contexte légal, des rentes sont versées pour incapacité de gain partielle ou totale mais accordées dans un premier temps que pour une durée de 3 ans. Je suis convaincu que par ce biais, on favorise le développement de la chronicité – ce qui montre à nouveau que non pas seulement les mesures médicales ou les données inhérentes au système de santé, mais également le contexte légal participent conjointement au phénomène de la chronicisation des troubles.

Enfin, je souhaite faire quelques réflexions sur les mesures possibles de prévention et de protection générale. Les facteurs de risque pathogènes dans l'enfance déjà cités (naissance illégitime, déficit maternel, psychopathologie du père et/ou de la mère, importante différence d'âge entre le père et la mère) ne peuvent bien sûr être éradiquées par aucun moyen issu du système de santé ou du contexte légal. Les facteurs protecteurs, en particulier les traits de personnalité tels que compétence et flexibilité, ne peuvent pas également être planifiés et structurés. Il faut cependant être conscient que le terrain propice au développement de la personnalité se prépare déjà dans la première enfance. Il faudrait dès lors encourager et promouvoir chaque enfant lors des différentes étapes du développement de sa personnalité. Les auteurs de l'étude de Mannheim ont résumé ce qui précède de la façon suivant:

«Dans un ordre plus général, nos constatations plaident en faveur d'une attention accrue accordée à l'enfant – s'agissant d'un objet d'intérêt fondamental pour la société – afin de favoriser son intégration dans la société, de lui permettre de créer des liens avec son entourage et de le rendre sûr de lui et sain d'esprit».

## Littérature

- Barsky, A.J., Fama, J.M., Baily, E.D., Ahern, D.K.: A prospective four- to five-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch.Gen.Psychiat.* 55, 737–744 (1998)
- Binswanger, L.: *Erinnerungen an Sigmund Freud*. Francke, Bern 1956
- Blascynski, A.: Psychiatric morbidity following motor vehicle accidents: A review of methodological issues. *Compl. Psychiat.* 39, 111–121 (1998)
- Bleuler, E.: *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung*. 2. Neudruck der 5. Aufl., Springer Berlin 1966
- Bombardier, C.H., Buchwald D.: Outcome and prognoses of patients with chronic fatigue versus chronic fatigue syndrom. *Arch. Int. Med.* 155, 2105–2110 (1995)
- Cassidy, J.D., Carrull, L.J., Côté P., Lemstra, M., Berglund, A., Nygren, A.: Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *New England J. of Medicine* 342, 1179–1186 (2003)
- Feinstein, A., Stergiopoulos, V., Fine, J., Lang, A.E.: Psychiatric outcomes in patients with a psychogenic movement disorder: A prospective study. *Neuropsychiat. Neuropsychol. Behav. Neurol.* 14, 169–176 (2001)
- Ferrari, R., Russel, A.S., Richter, M.: Epidemiologie der HWS-Beschleunigungsverletzung. Ein internationales Dilemma. *Orthopäde* 30, 551–558 (2001)
- Foerster, K.: *Neurotische Rentenbewerber*. Enke, Stuttgart 1984
- Foerster, K.: Zur Persönlichkeit sogenannter «neurotischer» Rentenbewerber. In: Marneros, A., Philipp, M. (Hrsg.): *Persönlichkeit und psychische Erkrankung*. Springer, Berlin 1992
- Foerster, K., Weig, W.: *Psychische und Verhaltensstörungen*. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*. 6. Aufl. Springer, 2003
- Franz, M., Lieberz, K., Schepank, H. (Hrsg.): *Seelische Gesundheit und neurotisches Elend*. Springer, Wien 2000
- Guez, M., Hildingsson, C., Stegmayr, B., Toolanen, G.: Chronic neck pain of traumatic and non-traumatic origin: A population – based study. *Acta Orthop. Scand.* 74, 576–579 (2003)
- Gummesson, C., Atroshi, I., Ekdahl, C., Joansson, R., Ornstein, E.: Chronic upper extremity pain and co-occurring symptoms in a general population. *Arthritis Rheum.* 49, 69 –702 (2003)
- Hausotter, W.: Schadet die Diagnose „Fibromyalgie“ dem Patienten? *Forum Medizinische Begutachtung*, herausgegeben von der Gen Re Köln 01/2004, 20–25
- Jenkins, R., Lewis, G., Beddington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Meltzer, H.: The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain – initial findings from the household survey. *Int. Rev. Psychiat.* 15, 29–42 (2003)
- Kent, D.H., Thomasson, K., Coryell, W.: Course and outcome of conversion and somatization disorders. A four-year follow up. *Psychosomatics* 36, 138–144 (1995)
- Kroenke, K., Wood, D.R., Mangelsdorff D., Meier, N.J., Powel, J.B.: Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics and outcome. *JAMA* 260, 929–934 (1988)
- Larrabee, G.J.: Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *Clin. Neuropsychologist* 17, 410 (2003)
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., Wittchen, H.U.: Somatoform syndroms and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiat. Scand.* 101, 194–208 (2000)
- Merten, Th.: Über Stimulation, artifizielle und somatoforme Störungen – eine konzeptionelle Verwirrung. *Z. Klin. Psychol. Psychiat. Psychoth.* 49, 417–434 (2000)
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M., Condit, D.C.: Base rates of malingering and symptom exaggeration. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 24, 1094 (2002)

- Rutz, W., Knorrning, L.v. Walinder, J.: Long term effects of an educational programme for general practitioners given bei the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiat. Scand.* 85, 83–88 (1992)
- Seivewright, H., Tyrer, P., Johnson, T.: Change in personalty status in neurotic disorders. *Lancet* 359, 2253–2254 (2002)
- Sharpe, M., Mayou, R.: Somatoforme disorders: A help or hindrance to good patient care? *Brit. J. Psychiat.* 184, 465–467 (2004)
- Shorter, E.: *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era.* Maxwell Macmillan International, Toronto, 1992.
- Smedly, J., Inskip. H., Trevelyan, F., Buckle, B., Cooper, C., Coggon, D.; Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occup. Environ. Med.* 60, 864–869 (2003)
- Stevens, A., Foerster K.: Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenantrag). *Nervenarzt* 66, 811–819 (1995)
- Webb, R., Brammah, T., Lunt, M., Urwin, M., Allison, T., Symmons, D.: Prevalence and predictors of intense, chronic and disabeling neck and back pain in the U.K. general population. *Spine* 28, 1195–1202 (2003)

**Adresse de correspondance:**

Prof. Dr. med. Klaus Foerster  
Leiter der Sektion  
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie  
Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Oslanderstrasse 24  
D-72076 Tübingen  
forensik@med.uni-tuebingen.de

# Troubles du dos et assurances sociales

Christian A Ludwig

Sur le plan des prestations, les patients qui souffrent de troubles du dos sont traités de façon différente par les diverses assurances sociales suisses. Ce type d'atteinte à la santé se prête particulièrement bien pour illustrer ce propos. Nous nous baserons sur l'exemple fictif d'un patient souffrant de troubles du dos non spécifiques sans atteinte structurelle objectivable du rachis. La comparaison des prestations versées dans un tel cas de figure se limitera exclusivement aux assurances sociales. Les prestations des assurances privées resteront à l'écart.

## **Prestations des assurances sociales**

Si des patients souffrant de troubles du dos nécessitent un traitement médical, voire si cette atteinte à la santé entraîne même une diminution de la capacité de gain est dans ce contexte une invalidité, à chaque fois, une autre assurance sociale peut être impliquée: peuvent entrer en jeu l'assurance militaire, l'assurance-accidents ou l'assurance maladie. Dans le cas d'une invalidité, l'assurance-invalidité peut être appelée à intervenir. Aussi bien l'assurance militaire que l'assurance-accidents ou l'assurance maladie assument les frais de soins et de guérison; mais ces 3 assurances se singularisent par le versement d'autres prestations. L'assurance militaire verse au titre d'indemnités journalières en cas d'incapacité totale de travail jusqu'à 95 %, l'assurance-accidents jusqu'à 80 % du salaire assuré ; en revanche, dans les assurances maladie sociales, on ne peut s'assurer que de façon limitée contre les pertes de salaire [table 1].

	Assurance militaire	Assurance accidents	Assurance maladie
Frais et guérison et de soins			
Indemnités journalières (maximum)	95 %	80 %	
Indemnité pour atteinte à l'intégrité			
Rentes (maximum, assurance-invalidité incl.)			
Participation aux frais (franchise, etc.)			

**Table 1 : comparaison des prestations des assurances sociales suisses**  
**(Code en couleur : vert foncé = bonnes prestations, vert clair = prestations médiocres, rouge = pas de prestations)**

L'assurance maladie et l'assurance-accidents versent de plus des prestations particulières en espèces lorsque existent des atteintes durables de l'intégrité physique. Dans le domaine de l'assurance-accidents, c'est la limitation fonctionnelle du rachis qui est déterminante pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, même si celle-ci est surtout gérée par la douleur. Ainsi, si existe une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale, il est possible de verser une somme unique pouvant aller jusqu'à Fr. 53'400.– correspondant à 50% du taux maximal d'atteinte à l'intégrité. Dans l'assurance militaire, on connaît une institution équivalente qui est la rente d'atteinte à l'intégrité. En cas d'invalidité, les assurés couverts par l'assurance maladie reçoivent de l'assurance-invalidité une rente d'un montant maximum de Fr. 2110.– par mois. Dans les cas où l'assurance militaire ou l'assurance-accidents sont également impliquées, elles versent des rentes complémentaires qui permettent de compenser 95% (assurance militaire) ou 90% (assurance-accidents) du montant du dernier salaire réalisé, ce qui peut correspondre à un somme de plus de Fr. 8'000.– par mois. Ces prestations qui s'ajoutent à celles de l'assurance-invalidité sont versées à vie, alors que la rente de l'AI devient la rente d'AVS une fois atteint l'âge de la retraite. Et enfin, les assurés des caisses de maladie doivent hormis leurs primes assumer les frais de franchise et de participation aux frais de soin et de guérison, ce qui n'est le cas ni dans l'assurance militaire, ni dans l'assurance-accidents.

## **Compétence respective des assurances lorsqu'existent des troubles du dos**

Comme nous l'apprennent les études épidémiologiques, les troubles du dos sont un phénomène commun: 15 à 30% répondent par l'affirmative à la question de savoir s'ils éprouvent actuellement des lombalgies. La prévalence annuelle

varie suivant les études entre 40% et près de 70% [1,2]. Dans une étude réalisée au Royaume-Uni, 6,4% d'un collectif d'un peu plus de 3000 femmes et hommes interrogés ont indiqué avoir dû bénéficier d'un arrêt de travail pour des troubles du dos dans l'année écoulée [3]. Même si chaque épisode de troubles du dos ne requiert pas des prestations des assurances sociales, la question de leur compétence respective se pose néanmoins très fréquemment. Elle est réglée par la loi dans la partie générale du droit de l'assurance sociale: selon son libellé, un traitement ne peut être assumé que par une seule assurance sociale. De plus, prévaut le principe de la subsidiarité qui dit qu'il faut tout d'abord évaluer si c'est à l'assurance militaire d'intervenir et – si elle n'est pas concernée – à l'assurance-accidents. Si ni l'une ni l'autre de ces assurances n'est impliquée, c'est finalement à l'assurance maladie qui est l'assureur de base dans le système suisse d'assurance sociale qu'incombe la prise en charge. Dans les cas de troubles du dos, la détermination des responsabilités respectives peut être ardue, car pour chacune des 3 assurances sociales existent des principes de responsabilité et de prise en charge différents.

## **Assurance militaire**

L'assurance militaire est responsable de tout dommage à la santé qui s'est manifesté durant le service militaire ou lors d'un service équivalent, à l'exception des cas où il est possible de prouver que l'atteinte à la santé existait certainement avant le service en question. Il s'agit ici d'un dit principe de contemporanéité. En d'autres termes, si des troubles du dos se développent durant une période de service, le patient peut escompter la prise en charge par l'assurance militaire des frais de soins et de guérison et ce indépendamment de la cause des troubles en question. Même le droit à une rente en cas de perte durable de gain et le versement d'une indemnité pour une éventuelle atteinte à l'intégrité peuvent se discuter. Comme en témoigne la jurisprudence définie par les tribunaux des assurances, les prestations des troubles du dos s'étant manifestés durant le service militaire ne peuvent être pratiquement jamais refusées sur la base de l'argument de l'ancienneté («anté-militaire») des troubles du dos, car il n'est pratiquement jamais possible de prouver scientifiquement que cet état existait bien antérieurement. Cette pratique de prise en charge généreuse a été souhaitée par le pouvoir politique et est fondée sur des directives légales. Elle ne profite cependant qu'à un nombre limité de patientes et de patients. Chez les autres, se pose donc tout d'abord la question de savoir si c'est l'assurance-accidents sociale qui est concernée.

## Assurance-accidents

En Suisse, 3,5 millions de travailleurs sont assurés obligatoirement contre les accidents et les maladies professionnelles. Les employeurs assument les primes d'assurance pour les accidents professionnels et les maladies professionnelles et prennent également en charge – à titre bénévole – une certaine part des primes d'assurance couvrant les accidents non professionnels. Dans l'assurance-accidents sociale s'applique en liaison avec les accidents le principe de la responsabilité causale. Une obligation de prestations existe lorsqu'il est possible de démontrer qu'existe un lien vraisemblable entre une atteinte dommageable et une atteinte à la santé. Se pose la question si et dans quelle mesure l'assurance-accidents doit verser ses prestations pour des troubles du dos qui se sont développés après un accident ou si ceux-ci peuvent éventuellement être pris en charge au titre de lésions corporelles assimilées à un accident. Appartiennent entre autres aux dites lésions corporelles assimilées à un accident les déboîtements d'articulation, les élongations de muscle ou les lésions de ligaments, dont la genèse autre que séquellaire d'un traumatisme évident du rachis est inconcevable. Si n'existe pas d'accident mais des sollicitations chroniques du rachis en liaison avec le travail, il faut alors également éprouver si d'éventuels troubles du dos ne s'inscrivent pas dans un contexte de maladie professionnelle.

Si des problèmes de dos représentent des suites plausibles d'un accident et si le traumatisme subi était en mesure de provoquer l'atteinte à la santé du type observé, alors l'assurance-accidents prend en charge les frais qui en découlent. Les accidents dans lesquels la colonne lombaire est touchée ne revêtent – si l'on écarte les cas de fractures vertébrales – que rarement une telle gravité qu'une invalidité puisse en résulter. Ceci se produit dans 0,7% des cas après accidents professionnels et 0,2% des cas après accidents non professionnels. Dans ces cas, une lésion significative responsable des troubles est généralement découverte durant l'évolution post-accidentelle subséquente. En ce qui concerne les lésions corporelles assimilées à un accident, il faut rappeler que selon l'énoncé de divers jugements du Tribunal fédéral des assurances, ni le lumbago, ni l'hernie discale n'en font partie. Ainsi, des prestations ne peuvent être versées à ce titre. Les troubles du dos ne figurent dans la liste des maladies professionnelles. Une reconnaissance de troubles du dos au titre de maladie professionnelle est en principe possible sur la base d'une close générale, à condition que l'affection soit quatre fois plus fréquente dans la catégorie professionnelle correspondante que dans le reste de la population. Du fait de ce critère très restrictif, ce lien de causalité ne peut pratiquement jamais être démontré. Ainsi, peu de cas seulement de troubles du dos sont du ressort de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire; généralement, c'est l'assurance maladie qui intervient subsidiairement.

## **L'assurance maladie**

L'assurance maladie sociale s'attache quant à elle au principe de finalité – ainsi elle représente une dite assurance de besoin qui en cas de maladie ou après un événement accidentel verse ses prestations indépendamment de leur cause. Etudiants, rentiers ou femmes au foyer qui ne sont pas comme les travailleurs couverts par la Loi sur l'assurance-accidents ne sont assurés contre les accidents qu'après de leur caisse maladie. L'assurance maladie est financée par des primes uniques indépendantes du salaire, par des franchises, la participation propre aux frais du patient et par des subventions versées par l'état. Les assurances-maladie n'accordent pas de rente; celles-ci sont si nécessaire versées par l'assurance-invalidité. L'assurance-invalidité est une assurance qui couvre les conséquences d'une perte de gain qui résulte d'une maladie ou d'un accident. Ses prestations sont financées par des primes calculées en fonction du salaire et par des subventions de l'état. Comme déjà mentionné, les prestations d'assurance de l'assurance maladie sont moins avantageuses que celles des autres assureurs sociaux. Ceci peut avoir comme conséquence que des patientes ou des patients essaient d'obtenir à tort des prestations de l'assurance militaire ou de l'assurance-accidents. Les principes à prendre en considération lors de la définition des compétences respectives de l'assurance-accidents et de l'assurance maladie seront présentés dans le paragraphe suivant, en intégrant particulièrement des situations complexes comme p. ex. celles où coexistent des facteurs préexistants étrangers à l'accident et des facteurs dépendants de celui-ci.

## **Problèmes de délimitation**

Des troubles du dos préexistants peuvent être aggravés durablement ou seulement de façon passagère par un traumatisme. Il est clair que de graves lésions du rachis, surtout si elles engendrent des dommages morphologiques, sont en mesure d'induire des aggravations durables d'un problème de dos préexistant. Dans ces cas, l'assureur-accidents assume tous les frais de traitement et d'indemnités journalières, même s'il y avait une atteinte antérieure. Ce n'est que lors de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité que la pathologie préexistante déjà présente au moment de l'événement sera pris en compte et soustraite. On n'opère pas de réduction de rente lorsque les états antérieurs ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. Après des traumatismes mineurs du rachis, les douleurs qui en résultent ne sont considérées être des séquelles d'accident que durant un laps de temps limité. On considère qu'une aggravation imputable au traumatisme ne peut perdurer que de 6 à 12 mois et que dès lors, elle n'est en règle générale que de nature passagère. Ce délai passé, il est loisible d'évoquer le rétablissement du statu quo sine voire du statu quo ante. Il peut également se produire qu'un patient ayant été victime il y a un certain temps d'un accident

(reconnu par l'assureur) responsable de troubles du dos fasse état d'une rechute en cas de nouvelle apparition de ses symptômes. Dans ces situations, la présence ou l'absence de dits symptômes de pont jouent un rôle prépondérant: leur importance doit pouvoir être documentée. Même dans ces cas, la question de la causalité doit être éprouvée.

Comme le montre un bilan provisoire: les assurances-accidents ne doivent que rarement assumer les conséquences de troubles du dos. Les travailleurs et leurs représentants syndicaux critiquent le fait que dans le contexte légal actuel, les rachialgies qui peuvent se manifester au travail – ou à cause du travail – ne sont dans la vaste majorité des cas pas assumées par l'assurance-accidents financée par l'employeur, mais par l'assurance maladie qu'ils ne financent pas. Ils requièrent la reconnaissance des troubles du dos – comme celle d'autres atteintes à la santé – au titre de maladies professionnelles et partant leur prise en charge par l'assurance-accidents. De ce fait, les conséquences financières de ce type d'atteinte à la santé seraient à supporter par l'employeur – ce qui ne serait que justice puisque c'est au responsable de payer la note des dégâts et inclurait un élément correctif de solidarité aux frais de ceux qui gagnent plus. Les promoteurs de cette idée sont convaincus que les employeurs ne s'engageront sérieusement dans leur entreprise pour la prévention des troubles du dos et les mesures de réintégration professionnelle que si ils éprouvent sous forme d'augmentation des primes les conséquences financières de leur manque d'effort dans ce domaine.

Si les rachialgies ne résultent pas d'une atteinte traumatique ou d'un processus maladif, elles peuvent être considérées dans le contexte du monde du travail au titre de troubles de la santé associés au travail. Se rangent parmi eux des problèmes de santé qui peuvent être causés par des efforts physiques dans l'exercice de la profession, mais qui ne satisfont pas les critères d'une maladie professionnelle ou d'un accident professionnel. Il s'agit en partie d'état difficile à objectiver et qui scientifiquement sont insuffisamment définis comme le «low back pain», le «burnout Syndrome», le «mobbing», etc. Chez les travailleurs, la cause d'une incapacité de travail inférieure à 3 jours est dans la moitié des cas un trouble de l'appareil locomoteur. Les sujets les plus souvent touchés ont les caractéristiques suivantes: travailleurs du bâtiment ou du secteur de la santé ou du secteur social, dans la tranche d'âge de 55 à 64 ans. Figurent en deuxième position et participent pour un quart de l'ensemble des troubles ceux qui entrent dans la catégorie «stress», dépression, «angoisse» [4]. A l'exemple du «low back pain» il peut être démontré combien il est difficile de cerner les plaintes de ces patients ou d'objectiver l'atteinte qui pourrait en être à sa source. Sous le terme d'épisode de «low back pain», on conçoit par définition un épisode de douleurs localisées dans le segment inférieur du rachis qui dure plus de 24 heures précédé ou suivi d'une période d'au moins un mois sans «low back pain» [5, 6]. Le médecin doit fonder son appréciation pratiquement uniquement sur les données du patient et il coule de source que dans les cas de troubles de santé associés au travail, il n'est pas possible de former un enchaînement causal

pathogénétique à fondement scientifique dans ce cas de figure. Il ne faut également pas négliger l'association qui existe entre sollicitation du rachis au travail et l'apparition de rachialgies. Ainsi, une étude réalisée à la demande de la Suva sous forme d'une revue de 61 publications scientifiques a montré que les taux d'incidence et de prévalence du «low back pain» sont plus élevés chez «blue collar workers» que chez les «white collar workers» [7]. Cependant, il faut rappeler que la plupart des études qui ont démontré la présence d'une association entre efforts physiques fournis au travail et troubles du dos sont des études transversales qui ne peuvent livrer qu'une évidence lacunaire et non conclusive [8]. En général, elles montrent un lien constant mais faible entre les efforts physiques liés au travail et les troubles du dos. Par ailleurs, d'autres facteurs responsables de l'émergence de troubles du dos et leur chronicisation comme le fait de soulever et porter des charges ou travailler dans des positions du corps inconfortables sont à prendre en compte. Parmi eux, on peut citer en première ligne les facteurs génétiques [9], des facteurs individuels comme l'âge et être fumeur ainsi que des facteurs psychosociaux comme l'insatisfaction à la place de travail ou le soutien social insuffisant de la part du supérieur hiérarchique [8]. Si comme tel est le cas en l'occurrence, des facteurs physiques, socio-démographiques et autres sont impliqués à l'origine des troubles du dos, il est extrêmement difficile d'évaluer l'impact isolé d'un de ces facteurs. Ces éléments fondamentaux doivent être intégrés dans la discussion sur les troubles de santé liés au travail. Un autre élément important est la formulation d'un diagnostic plausible à fondement patho-anatomique: si aucun diagnostic ne peut être posé, il n'est pas possible de répondre à la question de savoir si existe une maladie professionnelle. Il est compréhensible que dans ces circonstances, il ne soit pas possible de taxer le «low back pain» de maladie professionnelle. Seul un changement de la loi pourrait permettre une libéralisation des modes d'acceptation; quelles en seraient les conséquences sur le système de sécurité sociale helvétique?

Lors de l'élaboration de différents scénarios, il faut intégrer de nombreuses variables comme les critères d'acceptation des cas, les mesures de prévention, la jurisprudence des tribunaux d'assurance, les prestations versées par les assurances, le travail de l'administration, les primes et les questions qui ont trait à la garantie financière des rentes versées. Il est compréhensible que du fait de cette complexité, toutes les déclarations sur les conséquences potentielles d'une nouvelle pratique doivent être faites avec beaucoup de circonspection. Fondé sur de premières réflexions et estimations, on pourrait pour le moins imaginer ce qui suit: suivant le taux d'acceptation, il y aurait un transfert très important de prestations d'assurance dans le système d'assurances sociales helvétiques: à partir d'un taux d'acceptation de 10% seulement, il faudrait escompter un accroissement annuel des prestations de 300 millions de francs. Une partie de cette somme pourrait soulager le budget des assurances maladie, une autre serait versée à titre de prestations supplémentaires sous forme d'indemnités journalières, de rentes et d'indemnités pour atteinte à l'intégrité. Plus de 100

millions de francs devraient être investis dans des frais administratifs supplémentaires, vu le nombre accru de demandes d'assurés faite dans ce contexte requérant alors d'importantes mesures d'éclaircissement pour savoir si oui ou non des prestations sont à verser. C'est surtout si le taux d'acceptation était faible que les frais administratifs seraient anormalement élevés: en cas d'acceptation de 2 % seulement des cas, il faudrait investir en gros trois quarts des ressources supplémentaires prévues à cet effet pour les cas de «low back pain» et de ce fait, seule une portion extrêmement congrue de cette somme pourrait être versée aux assurées et aux assurés. Il faut partir de l'idée qu'il y aurait également une augmentation des primes d'assurance-accidents.

## **Bilan**

Les prestations d'assurance versées aux patientes et aux patients souffrant de troubles du dos sont très variables: les personnes qui font du service militaire et les travailleurs chez qui les troubles du dos sont pris en charge au titre de séquelles d'accident sont privilégiées en ce qui concerne les prestations légales. Les principes de causalité limitent efficacement la responsabilité de l'assurance-accidents sociale; il n'existe pas en particulier de latitude d'appréciation en médecine des assurances permettant de qualifier les troubles du dos de maladies associées au travail. Ainsi, comme le requiert le législateur, c'est aux assurances maladie et à l'assurance-invalidité qu'il incombe d'assumer la majeure partie de la charge financière imputable aux troubles du dos.

## **Références bibliographiques**

1. Nachevson A, Waddell G, Norlund AI, Epidemiology of neck and low back pain. Ch. 8: Neck and Back Pain, The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000
2. Jeanneret B, Frey D, Schären S, Chronische Rückenschmerzen Schweiz Med Wochenschr 128(18): 706–718; 1998
3. Hilmann M, Wright A, Rajatnam G, et al. Prevalence of low back pain in the community: Implications for service provision in Bradford, UK J Epidemiol Commun Health 50 (3): 347–352; 1996
4. Europäische Gemeinschaften (Herausgeberinnen) Eurostat: Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998–1999 ; 2001
5. de Vet HC, Heymans MW, Dunn KM, et al. Episodes of low back pain: a proposal for uniform definitions to be used in research Spine 27(21): 2409–2416; 2002
6. van Tulder M, Koes B, Bombardier C, Low back pain Best Pract Res Clin Rheumatol 16(5): 761–775; 2002  
6. Turk DC et al. (1998) zit. in Zimmermann M Der chronische Schmerz. Epidemiologie und Versorgung in Deutschland Orthopäde 33(5): 509–14 (2004)
7. Bleuer JP, Sind Kreuzschmerzen berufsassozierte Gesundheitsstörungen? Systematic Review; 2003 (zu beziehen bei der SUVA, Versicherungsmedizin; Tel. 041 419 59 28) IUMSP, Lausanne; 2004

8. Vingard E, Nachemson A  
Work-related influences on neck and low back pain  
Ch. 5: Neck and Back Pain Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000
9. Battié MC, Videman T, Gibbons LE, et al. Volvo Award in clinical sciences.  
Determinants of lumbar disc degeneration. A study relating lifetime exposures and magnetic resonance imaging findings in identical twins Spine 20(24): 2601–2612; 1995

### **Adresse de l'auteur**

Suva

Dr. med. Christian A. Ludwig, M.H.A., Chefarzt

Postfach

Fluhmattstrasse 1

6002 Luzern

christian.ludwig@suva.ch

Fondé sur un exposé fait dans le cadre du symposium «Back Pain in Physician's Office and Society» qui s'est tenu à Bienne le 28 et le 29.10.2004, organisé par la Société Suisse pour l'Etude de la Douleur. Nos vifs remerciements vont au Dr B. Kiener du centre de compétence de la médecine des assurances de la Suva à Lucerne pour sa lecture critique du manuscrit et ses précieuses remarques.

# Indemnisation de l'atteinte à l'intégrité

## Méthodes de calcul différentes selon la LAM et la LAA

Reinhard Perren, Urs Schönenberger

### Résumé

L'assurance militaire et l'assurance-accidents obligatoire appliquent des méthodes différentes pour le calcul de l'atteinte à l'intégrité. Alors que dans l'assurance-accidents le calcul de l'atteinte à l'intégrité se fait de manière égalitaire et abstraite, dans l'assurance militaire la gravité de l'atteinte à l'intégrité est déterminée équitablement en tenant compte de toutes les circonstances. A cet égard, les valeurs indicatives fixées par le droit de l'assurance-accidents ne sont donc pas applicables par analogie, car en dehors de l'assurance-accidents, elles ne constituent pas un système graduel universel d'évaluation des dommages. En conséquence, la même atteinte à l'intégrité ne sera pas évaluée au même taux à l'assurance-accidents et à l'assurance militaire.

### Préambule

L'expérience a démontré que lors de l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité dans la procédure de l'assurance militaire, les juristes et les médecins se réfèrent souvent au système d'indemnisation selon l'annexe 3 à l'OLAA.

Les critères et les circonstances dont il faut tenir compte lors de la fixation de la rente pour atteinte à l'intégrité selon la LAM diffèrent cependant considérablement de ceux retenus pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité selon la LAA. C'est la raison pour laquelle les valeurs indicatives de l'assurance militaire ne sont pas les mêmes que celles de l'assurance-accidents. Le présent article met en évidence les principales différences.

## Objet de l'assurance

- L'assurance militaire répond de toutes les affections physiques, mentales ou psychiques de l'assuré ainsi que de leurs conséquences économiques directes, qu'elles aient pour origine un accident, une maladie, une maternité, des mesures médicales préventives, une tentative de suicide ou un suicide (art. 4 LAM).

Si l'assuré souffre d'une atteinte notable et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une rente pour atteinte à l'intégrité (art. 48, al. 1, LAM).

- L'assurance-accidents couvre exclusivement les risques d'accidents et de maladies professionnelles (art. 6 LAA).

Si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24, al. 1, LAA).

## Type de prestations

- L'indemnisation par l'assurance militaire se fait fondamentalement sous forme de rente (art. 48, al. 1, LAM). Compte tenu du caractère durable de l'atteinte à l'intégrité, la rente est octroyée pour une durée indéterminée. En règle générale, elle est rachetée (art. 49, al. 3, LAM).
- L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents est allouée sous forme de prestation en capital (art. 25, al. 1, LAA).

## Objet de l'appréciation

- L'atteinte à l'intégrité couverte par l'assurance militaire ne réside pas dans l'affection en tant que telle, mais plutôt dans les répercussions de celle-ci sur la personnalité de l'assuré. Selon les circonstances, ces incidences peuvent être plus graves ou au contraire plus bénignes que ne le laisse supposer le seul état de fait médical. Le type d'affection ne permet donc pas de déterminer définitivement si une atteinte à l'intégrité particulière justifie un droit à la prestation (voir à ce sujet Maeschi/Schmidhauser, Die Abgeltung von Integritätsschäden in der Militärversicherung, RSAS 1997, p. 177 ss; J. Maeschi, Kommentar zum MVG, p. 358 ss).
- Le calcul de l'atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents est basé sur la gravité du dommage (art. 25, al. 1, LAA). L'atteinte à l'intégrité est fondée sur des renseignements d'ordre médical fournis par un expert médical.

## Principe de calcul

- Dans l'assurance militaire, la gravité de l'atteinte à l'intégrité est déterminée équitablement en tenant compte de toutes les circonstances (art. 49, al. 1, LAM). Le calcul de l'atteinte à l'intégrité se fait donc de manière individuelle et concrète et non pas de manière égalitaire et abstraite, comme dans l'assurance-accidents obligatoire (ATF 113 V 221 ss). Par conséquent, ce n'est pas l'évaluation médico-théorique de l'état de santé qui est déterminante pour la fixation de l'atteinte, mais la mesure dans laquelle l'assuré se trouve restreint dans ses fonctions vitales et dans son mode de vie en général. Le calcul de l'atteinte à l'intégrité ne repose donc pas sur des considérations purement médicales se rapportant à l'état de faits, mais il est le résultat d'une appréciation juridique (ATF 117 V 77). Contrairement à la pratique de l'assurance-accidents, l'atteinte à l'intégrité n'est pas compensée au moyen d'une indemnité unique calculée sur la base d'un pourcentage fixe du gain annuel maximum assuré.

Chaque atteinte d'une fonction vitale et/ou du mode de vie en général, pour autant qu'elle soit durable et notable, est en principe sujette à indemnisation (art. 48, al. 1, LAM). Il faut considérer comme une atteinte d'une fonction vitale toute réduction ou perte de la faculté d'exercer une activité de la façon dont elle le serait normalement par tout un chacun. Par mode de vie en général on entend l'environnement personnel et social de l'assuré, dans lequel entrent les activités sociales ainsi que les loisirs. L'environnement professionnel doit aussi être pris en considération; la perte de gain est, quant à elle, indemnisée par une rente d'invalidité.

En vue de garantir une égalité de traitement entre les assurés, il est indispensable de prendre la lésion organique manifeste comme base de l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité. L'expérience médicale objective et les déclarations subjectives de l'assuré permettent d'établir les incapacités et les désavantages agissant sur le mode de vie en général. Même lorsque les répercussions de l'atteinte sont très douloureusement ressenties par l'assuré, il n'est pas possible de s'en tenir à la seule appréciation subjective de l'assuré lors de la fixation de la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

- Dans l'assurance-accidents, on peut comparer des suites similaires d'accident et fixer des règles générales sur une base médicale pour l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité. De cette manière, il n'est pas tenu compte de certaines incapacités particulières résultant de l'atteinte à l'intégrité de la personne assurée. L'appréciation de l'atteinte à l'intégrité ne repose pas sur les circonstances particulières propres à chaque cas. Les facteurs subjectifs doivent être laissés de côté. L'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés si les constatations médicales sont identiques; elle est évaluée de manière abstraite et égalitaire (ATF 113 V 218).

## Règles de calcul

- En vue d'une égalité de traitement entre les assurés, l'assurance militaire a fixé des valeurs indicatives pour les principaux cas d'atteintes. Celles-ci sont présentées sous la forme d'une grille sommaire indiquant où se situe l'atteinte à l'intégrité (Maeschi/Schmidhauser, Die Abgeltung von Integritätsschäden in der Militärversicherung, RSAS 1997, p. 191).

En tenant compte des incapacités concrètes et des désavantages qui en résultent dans le mode de vie en général, notamment aussi dans l'environnement personnel, il importe ensuite d'examiner si la déficience proprement dite correspond à la valeur indicative attribuée ou si elle lui est inférieure ou supérieure. La valeur de l'atteinte à l'intégrité est alors déterminée, en pourcentage, par comparaison avec d'autres cas, déjà jugés, d'atteintes à l'intégrité. Font partie des incapacités, en premier lieu, celles affectant la locomotion, la mobilité, l'habileté, la communication, l'autonomie personnelle et le comportement. Elles peuvent présenter différents degrés de gravité prenant en considération dans une large mesure le besoin d'aide et d'assistance. Dans la pratique, on part du principe que la valeur indicative déterminant le préjudice agissant sur le mode de vie en général englobe une mesure moyenne du désavantage subi dans l'environnement personnel et social. La condition pour une prise en compte supplémentaire d'un désavantage, dans les loisirs par exemple, est que l'activité en cause doit représenter une valeur particulière dans la vie de l'assuré et que le désavantage subi ne puisse pas être compensé sans autre par l'exercice d'une autre activité comparable (ATFA non publié dans la cause St. du 12 juillet 1988, M 5/88; Tribunal des assurances du canton de Berne dans la cause P.F. du 5 décembre 1997). Le même principe est applicable lorsque l'assuré, en raison de son affection, est limité dans sa participation à la vie publique, dans la mesure où celle-ci est considérée dans le cas concret comme un mode de vie en général. Il est également tenu compte de la douleur dans le calcul de l'atteinte à l'intégrité. Elle est toutefois uniquement prise en considération dans l'évaluation du désavantage subi dans l'environnement personnel, si elle présente un caractère notable et exceptionnel supérieur à la norme.

- Selon l'art. 36, al. 2, OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Dans le barème des atteintes à l'intégrité de l'annexe 3, les assureurs selon la LAA trouvent 30 taux indicatifs à leur disposition pour le calcul de l'atteinte à l'intégrité. Ces taux vont de 5% (perte d'une phalange du pouce ou de deux phalanges d'un autre doigt) à 100% (tétraplégie ou cécité totale).

Afin d'extrapoler ces taux indicatifs sur une grande variété d'atteintes à l'intégrité physique ou psychique, la CNA a élaboré depuis 1984 une grille affinée sous forme de 22 tables qui s'en tient le plus strictement possible à la structure du barème préétabli.

Ces tables publiées par l'administration n'ont pas valeur de normes et ne sont pas contraignantes pour les parties, d'autant plus que le chiffre 1 de l'annexe 3 à l'OLAA dispose que le taux de l'atteinte à l'intégrité indiqué dans le barème est appliqué "en règle générale" et que celui-ci peut, dans le cas concret, être supérieur ou inférieur. Mais tant que ces tables ne contiennent que des taux indicatifs garantissant un traitement équitable des assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (RAMA 1987 n° U 21 p. 329).

## **Aggravation ultérieure**

- En cas d'augmentation ultérieure notable de l'atteinte à l'intégrité, l'assuré LAM peut exiger une rente supplémentaire pour atteinte à l'intégrité (art. 50 LAM).
- L'assurance-accidents tient équitablement compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36, al. 4, LAA).

## **Valeurs de référence**

- La rente pour atteinte à l'intégrité de l'assurance militaire est fixée en pourcentage du montant annuel qui sert de base au calcul des rentes, actuellement de 32'283 francs, et compte tenu de la gravité du dommage (art. 49, al. 2, et 4, LAM en relation avec l'art. 26, al. 1, OAM). Est déterminant le montant annuel qui sert de base au calcul de la rente à l'époque de la fixation de la rente pour atteinte à l'intégrité.

En cas d'atteintes multiples à l'intégrité, les pourcentages des différentes atteintes sont cumulés lors de la fixation de la rente pour atteinte à l'intégrité. (art. 25 OAM). Il faut cependant tenir compte équitablement de l'interférence de plusieurs atteintes entre elles en considération de l'atteinte globale des fonctions vitales et du mode de vie en général. Dans le cas d'un cumul d'atteintes à l'intégrité (par exemple, perte d'un membre et perte de la vue ou paralysie du poignet et perte du pouce de la même main), les dommages ne doivent pas être simplement additionnés. Une lésion corporelle peut, mise en relation avec d'autres atteintes, avoir des conséquences plus graves que prise séparément. Par ailleurs, la simple addition d'une atteinte de plusieurs organes peut également produire un résultat trop élevé (Maeschi, Kommentar zum MVG, art. 49, ch. 27; ATF 117 V 82 consid. 3/c/bb).

En ce qui concerne l'âge, il est à noter que la rente pour atteinte à l'intégrité est en règle générale rachetée et que le montant de la prestation est par conséquent calculé sur la base de l'espérance de vie moyenne. La valeur de rachat est établie en capitalisant la rente annuelle selon la table de capitalisa-

tion de Stauffer/Schaetzle en fonction du facteur de capitalisation de la table 1 (mortalité, taux 3,5%). L'âge n'entre en considération pour évaluer le dommage que dans des cas particuliers.

- L'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans la LAA ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident - actuellement de 106'800 francs (art. 22, al. 1, OLAA) - et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25, al. 1, LAA). Le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident est donc déterminant.

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36, al. 3, OLAA).

L'âge n'est pas pris en considération dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité selon la LAA; l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés si les constatations médicales sont identiques.

## Exemples (fictifs)

- Un contremaître du bâtiment de 58 ans était atteint d'une gonarthrose gauche avec varus de gravité moyenne. Lors d'un engagement à l'étranger en 2000 comme membre du Corps suisse d'aide humanitaire, il subit une déchirure du ligament interne, une lésion du ménisque interne et une rupture du ligament croisé antérieur. En raison d'un constat d'antériorité au service, la responsabilité de l'assurance militaire fut réduite à 66 2/3 %. En janvier 2005, l'atteinte à l'intégrité selon la LAM fut évaluée à 5 %. Le montant annuel qui sert de base au calcul des rentes s'élevait en 2005 à 32'283.00 francs. Le début de la rente fut fixé au 1er janvier 2005. La rente fut rachetée pour un montant de 17'164.60 francs (facteur 15,95 pour les hommes de 58 ans selon la table de capitalisation Stauffer/Schaetzle, table de mortalité 1). Pour un menuisier de 25 ans, le montant du rachat serait de 25'816.85 francs (facteur 23,99 pour les hommes de 25 ans selon la table de capitalisation Stauffer/Schaetzle, table de mortalité 1).
- Un contremaître du bâtiment de 58 ans souffrait déjà d'une gonarthrose avec varus de gravité moyenne, lorsqu'il subit une déchirure du ligament interne, une lésion du ménisque interne et une rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche en faisant une chute à ski en 1999. Au terme du traitement, l'atteinte à l'intégrité selon la LAA fut évaluée à 30% pour le genou gauche. En raison du concours de diverses causes de dommages (séquelles de maladie et d'accident antérieurs, art. 36, LAA), le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fut réduit à 20 % (2/3 de l'ensemble du dommage). Le

montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident était de 97'200.– francs. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élève par conséquent à 19'440.– francs.

Dans des circonstances identiques, le menuisier de 25 ans toucherait également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19'440.– francs.

## **Conclusion**

Les règles de calcul de l'assurance-accidents obligatoire se distinguent de celles de l'assurance militaire par le fait que la gravité de l'atteinte à l'intégrité dans la LAA résultant des dommages les plus fréquents est fixée en pour-cent et que pour les autres dommages elle est déterminée en fonction de la valeur connexe ou comparable du barème. La gravité de l'atteinte à l'intégrité est évaluée en se fondant sur des renseignements d'ordre médical. Elle est la même pour tous les assurés si les constatations médicales sont identiques; elle est donc évaluée de manière «abstraite et égalitaire». Dans le calcul, on tient compte déjà des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité.

En revanche, dans l'assurance militaire, la gravité de l'atteinte à l'intégrité est déterminée équitablement en tenant compte de toutes les circonstances, c'est-à-dire des éléments propres à chaque individu, comme l'âge ou des conditions personnelles particulières; le calcul de l'atteinte à l'intégrité se fait donc de manière individuelle et concrète. En cas d'aggravation, l'atteinte à l'intégrité peut être révisée.

Les différences fondamentales dans la méthode de calcul ne permettent pas d'attribuer au taux d'indemnisation déterminant dans l'assurance-accidents un modèle pour l'assurance militaire.

Dans les deux branches d'assurance, l'indemnisation est fixée indépendamment du gain assuré, sur une base de calcul qui est la même pour tous les assurés. Dans l'assurance militaire, le taux maximum de la rente équivaut à 100 % du montant annuel qui sert de base au calcul des rentes, lequel est fixé par le Conseil fédéral; si la rente est rachetée, elle est capitalisée. Dans l'assurance-accidents obligatoire, l'indemnisation ne doit pas dépasser le montant maximum du gain annuel assuré fixé par le Conseil fédéral. A l'intérieur de cette limite, l'indemnisation est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

Les différences prévalant dans la forme d'indemnisation, les principes de calcul et les taux d'indemnisation ont pour conséquence que les prestations dues dans l'assurance-accidents obligatoire et dans l'assurance militaire pour des atteintes similaires peuvent varier considérablement d'une assurance à l'autre. Les prestations capitalisées de l'assurance militaire sont presque toujours nettement plus élevées, notamment pour les jeunes assurés et pour des atteintes similaires, que celles de l'assurance-accidents.

## **Bases légales**

Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire  
(LAM, RS 833.1)

Ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire  
(OAM, RS 833.11)

Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents  
(LAA, RS 832.20)

Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents  
(OLAA, RS 832.202)

## **Littérature**

lic. iur. Jürg Maeschi/Dr. med. Max Schmidhauser, Die Abgeltung von Integritäts-schäden in der Militärversicherung, Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, RSAS, 1997, p. 177.

lic. iur. Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992, Stämpfli Verlag AG Bern, 2000

### **Adresse de correspondance:**

Lic. iur. Urs Schönenberger, Rechtsanwalt  
Chef Rekurs- und allg. Rechtsdienst II  
Bundesamt für Militärversicherung  
Postfach 8715  
3001 Bern  
urs.schoenenberger@bamv.admin.ch

# Pratique actuelle en matière de reconnaissance des maladies professionnelles causées par l'amiante

Martin Rüegger

**Depuis longtemps déjà, les discussions sur l'amiante suscitent intérêt, mais également craintes et émotions. Les maladies causées par l'amiante ont dans la majorité des cas une origine professionnelle. Elles constituent à ce titre des maladies professionnelles et tombent de ce fait dans le domaine de compétence de l'assurance-accident obligatoire, le plus souvent de la Suva.**

Les connaissances scientifiques sur les maladies causées par l'amiante se sont constamment enrichies au cours des dernières années. Il est donc évident qu'elles entraînent des conséquences sur la pratique de reconnaissance des assureurs LAA et en particulier de la Suva.

Cet article a pour but de faire le point sur les atteintes à la santé imputables à l'amiante qui sont actuellement reconnues par la Suva comme des maladies professionnelles, afin que les cas correspondants lui soient annoncés et que les personnes qui en sont atteintes puissent bénéficier des prestations prévues par la LAA, à condition que l'exposition à l'amiante responsable de leur maladie soit survenue lors d'une activité salariée soumise à la LAA.

Afin qu'ils puissent octroyer leurs prestations légales, il faut que les cas concernés soient portés à la connaissance des assureurs LAA, en particulier de la part du corps médical, dès qu'existe une suspicion fondée de pathologie imputable à l'amiante; et ceci pour deux raisons : la première est que l'intégralité des travailleurs anciennement exposés à l'amiante n'ont pas été inclus dans le programme de surveillance médicale de la Suva; la deuxième est que certaines pathologies liées à l'amiante, comme le mésothéliome malin, ne peuvent de toutes façons pas être dépistées précocément par ces examens préventifs et être ainsi traitées à temps.

Les affections bénignes aussi bien que malignes causées par l'amiante concernent presque exclusivement le poumon et la plèvre. Parmi les affections bénignes, on distingue les plaques pleurales, la fibrose, l'épanchement pleural (maladie d'Eisenstadt), l'atélectasie ronde (rare) et la pneumoconiose causée par l'amiante ou asbestose. Les affections malignes sont constituées par le carcinome bronchique et le mésothéliome malin de la plèvre, plus rarement du péritoine (1).

## Plaques pleurales

Les plaques pleurales sont les atteintes les plus fréquemment associées à l'amiante. Il s'agit de placards cicatriciels circonscrits, presque acellulaires, riches en collagène, siégeant sur la plèvre pariétale, typiquement bilatéraux, dans les zones dorso-basales longeant les côtes, ainsi que centralement sur les coupes diaphragmatiques; elles sont fréquemment calcifiées. Dans leur configuration typique, elles sont pour ainsi dire pathognomoniques et témoignent d'une exposition à l'amiante de niveau léger à moyen survenue au cours des décennies précédentes; il n'existe cependant pas de relation dose-effet systématique. Les plaques sont le témoin d'une exposition antérieure à l'amiante. Elles se développent de façon lente et continue. En temps normal, elles sont asymptomatiques et n'entraînent pas de limitation fonctionnelle respiratoire. En outre, il n'existe pas actuellement d'évidence que les plaques constituent le stade initial du mésothéliome malin comme on l'entendrait d'une précancérose. Elles constituent cependant le signal d'un risque accru, bien que non quantifiable, de voir apparaître une affection maligne.



En se basant sur la publication de Hillerdal (4), la Suva reconnaît comme maladie professionnelle les plaques pleurales visibles en radiologie conventionnelle d'un diamètre transversal de 5 mm au moins, de même que toutes celles qui sont calcifiées. Cette façon de faire permet une prise en charge de ces cas particuliers plus individualisée que celle effectuée dans le cadre de la prévention des maladies professionnelles.

## Pleurésie, fibrose pleurale

Les pleurésies causées par l'amiante sont rares. Ce diagnostic est posé par exclusion en fonction de critères donnés (3). On part du principe que les pleurésies induites par l'amiante évoluent vers la fibrose pleurale. Contrairement aux plaques pleurales, il s'agit dans ces cas d'un épaississement diffus de la plèvre (en général du feuillet viscéral), qui inclut typiquement le sinus costo-diaphragmatique et qui forme un continuum entre la zone fibrosée et la plèvre normale. La fibrose pleurale – classiquement unilatérale, plus rarement bilatérale – provoque en fonction de son étendue une atteinte restrictive de la fonction pulmonaire, ce qui tend à leur conférer la dignité de maladie davantage que pour les

plaques pleurales. Le parenchyme pulmonaire lui-même n'est par contre pas touché. Les suspicions de fibrose pleurale imputable à l'amiante doivent également être annoncées à la Suva. Lorsque l'anamnèse le confirme, elles sont également reconnues comme maladies professionnelles et désormais surveillées médicalement.

## **Atélectasie ronde**

Cette complication rare associée - mais pas exclusivement - à une ancienne exposition à l'amiante est également connue sous le nom d'«atélectasie par enroulement» ou de «syndrome de Blesovsky». L'atélectasie ronde provient du plissement progressif d'une région du poumon située sous un épaissement de la plèvre viscérale. Il en résulte un aspect caractéristique sur le CT-scan thoracique en «queue de comète», produit par les vaisseaux et les bronches provenant du hile, pénétrant par enroulement dans le secteur pulmonaire atélectasié.

Ce type de lésion doit être également annoncé à l'assureur LAA compétent, même si cette forme particulière d'atteinte imputable à l'amiante n'entraîne en soi que rarement d'atteinte fonctionnelle, et si oui de dimension modeste.

## **Fibrose rétropéritonéale**

Récemment, une étude cas-témoins finlandaise (5) a montré qu'au sein d'un collectif de patients atteints de fibrose rétropéritonéale, on retrouve avec une fréquence supérieure à cinq fois la notion d'exposition antérieure de longue durée à l'amiante. A ce jour, un tel cas a été annoncé à la Suva et reconnu par elle comme maladie professionnelle.

## **Asbestose**

L'asbestose ou pneumoconiose à l'amiante est une forme de fibrose pulmonaire résultant d'une exposition prolongée et intensive à l'amiante et constitue ainsi une pneumopathie interstitielle. Selon sa gravité, elle provoque des symptômes respiratoires plus ou moins marqués et s'accompagne d'un risque accru de carcinome bronchique. L'asbestose ainsi que le carcinome bronchique se développant sur un tel substrat constituent des maladies professionnelles qui seront prises en charge par l'assureur LAA, à condition toujours que l'exposition causale soit survenue dans le cadre d'une activité salariée soumise à la LAA.

## **Carcinome bronchique**

Antérieurement, la Suva n'a considéré comme maladie professionnelle que les carcinomes bronchiques associés à l'asbestose. La forme la plus légère de cette pneumoconiose, à savoir celle visible uniquement au niveau histologique («Minimalasbestose» des auteurs allemands), suffisait cependant pour répondre à ce critère de reconnaissance.

De nombreuses études épidémiologiques au cours des dernières années ont cependant montré qu'après une exposition cumulative à l'amiante de 25 fibres/années, le risque relatif d'être atteint d'un carcinome bronchique était doublé sans qu'existe pour autant nécessairement une asbestose concomitante. Un risque relatif de 2 ou davantage signifie que la fraction étiologique imputable à l'amiante dépasse la valeur de 0,5, ce qui satisfait au critère vraisemblance prépondérante exigée par la LAA. Sans nul doute, le risque d'être atteint d'un cancer du poumon augmente déjà en dessous de la dose cumulative à l'amiante mentionnée ci-dessus. Ce risque n'est cependant pas suffisant pour satisfaire au critère de définition légale de la maladie professionnelle.

L'innovation consiste donc dans le fait que le carcinome bronchique peut être reconnu comme maladie professionnelle même en l'absence d'une asbestose, en présence d'une exposition à l'amiante atteignant au minimum 25 fibres/années. Cette pratique est en accord avec les recommandations de la «Conférence de consensus d'Helsinki» (2).

L'exposition cumulative en «fibre/année» correspond à la concentration moyenne de fibres d'amiante respirables par ml d'air multipliée par le nombre d'années de travail (48 semaines de 5 jours de 8 heures). Ainsi à titre d'exemple, une dose cumulative de 25 fibres/années correspond à une concentration de 2,5 fibres d'amiante par ml d'air durant 10 ans ou de 0,5 fibres durant 50 ans.

Si un travailleur anciennement exposé à l'amiante est également fumeur, son risque relatif d'être atteint d'un carcinome bronchique augmente d'un facteur supérieur à la simple addition des risques découlant du tabagisme ou de l'exposition à l'amiante seuls. C'est pourquoi il est très important de conseiller à toute personne anciennement exposée à l'amiante de cesser de fumer.

## **Mésothéliome malin de la plèvre ou du péritoine**

Le mésothéliome de la plèvre est environ sept à dix fois plus fréquent que celui du péritoine. Selon les études, on admet qu'environ 80% des mésothéliomes de la plèvre doivent être attribués à une ancienne exposition à l'amiante qui peut être parfois de faible intensité. Pour autant que cette exposition soit survenue dans une activité couverte par la LAA, le mésothéliome est reconnu comme

maladie professionnelle par la Suva depuis environ 40 ans. Il est donc important d'annoncer si possible tous les cas de mésothéliomes, même si l'anamnèse professionnelle ne permet pas au premier abord de démontrer une exposition évidente à l'amiante et doit donc être approfondie par la Suva. Rappelons que même des assurés retraités atteints d'un mésothéliome d'origine professionnelle ont droit aux prestations d'assurance correspondantes.

## **Bronchopneumopathie chronique obstructive et amiante**

Jusqu'à récemment on admettait qu'une obstruction bronchique – à l'exception de la «small airway disease» résultant d'une fibrose des bronchioles respiratoires – ne constituait pas une atteinte imputable à l'amiante. Les dernières acquisitions montrent toutefois que ce point de vue ne peut plus être soutenu intégralement. D'une part, de nombreux ouvriers exposés à l'amiante l'étaient également à d'autres nuisances respiratoires et d'autre part des études épidémiologiques ont montré que les personnes anciennement exposées à l'amiante présentent dans une proportion non négligeable une obstruction bronchique de degré léger à moyen que l'on ne peut pas attribuer de manière évidente ou exclusive à d'autres nuisances, notamment au tabagisme. On peut en déduire que des expositions moyennes à importantes à l'amiante sont susceptibles de provoquer des troubles ventilatoires obstructifs de degré léger à moyen. Il est cependant clair qu'une BPCO grave ou qu'un asthme ne peuvent pas plus qu'auparavant être imputés à l'amiante.

**Pour toute question, la Division Médecine du travail de la Suva est à disposition.**

Téléphone: 021 310 80 75

Fax: 021 310 81 10

e-mail: [medecine.travail@suva.ch](mailto:medecine.travail@suva.ch)

Dr. med. Martin Rügger

Spécialiste FMH en médecine interne et médecine du travail

## **Bibliographie**

- 1 American Thoracic Society Documents  
Diagnosis and Initial Management of Nonmalignant Diseases Related to Asbestos  
Am J Respir Crit Care Med (2004); 691–715
- 2 Consensus report  
Asbestos, asbestosis and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution  
Scand J Work Environ Health (1997); 23: 311–316
- 3 Epler G.R., McLoud Th.C., Gaensler E.A.:  
Prevalence and Incidence of Benign Asbestos Pleural Effusion in a Working Population  
JAMA (1982); 247: 617–622
- 4 Hillerdal G.:  
Pleural Plaques and Risk for Bronchial Carcinoma and Mesothelioma, a retrospective Study  
Chest (1994); 105: 144–1540
- 5 Uibu Th. et.al.:  
Asbestos exposure as a risk factor for retroperitoneal fibrosis  
Lancet (2004); 363: 1422–1426

### **Adresse de l'auteur:**

Suva

Dr. med. Martin Rüegger

Facharzt FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin

Abteilung Arbeitsmedizin

Postfach, 6002 Luzern

[martin.rueegger@suva.ch](mailto:martin.rueegger@suva.ch)

# **Le lymphoedème – Éléments fondamentaux et concept de traitement à la Clinique de réadaptation de Bellikon**

Hans Peter Gmünder, Inge Schott

Les troubles lymphostatiques constituent un thème qui n'est généralement traité que superficiellement lors de la formation médicale et si tel est le cas surtout dans un contexte oncologique et naturellement angiologique. La répartition entre lymphoedèmes primitifs et lymphoedèmes secondaires est courante ; existent de plus des formes mixtes comme les phlébolymphoedèmes ou les lipopymphoedèmes. On estime que dans le monde 140 à 250 millions de personnes souffrent d'un lymphoedème (1,2): Ce sont surtout les formes secondaires qui, du fait de leur nombre, occupent l'avant-scène. Bien connu est le lymphoedème qui se développe à 'extrémité supérieure après opération et/ou irradiation de l'aisselle pour un cancer du sein. L'incidence de cette complication a nettement régressé grâce à la nouvelle technique opératoire actuelle puisque si elle se chiffrait dans le passé à plus de 40 %, elle est voisine de 0 à l'heure actuelle (3).

## **Éléments fondamentaux sur le développement de l'odème lymphatique et sa classification**

Les lymphoedèmes primitifs résultent d'une dysplasie congénitale des vaisseaux et/ou des ganglions lymphatiques de laquelle résulte un trouble de la circulation lymphatique. Il s'agit d'une «insuffisance induite par un faible volume de capacité» (qu'on nomme également «insuffisance mécanique»). Cela signifie que la capacité de transport du système lymphatique est réduite, raison pour laquelle un odème riche en protéines se développe malgré la quantité normale des éléments constitutifs de la lymphe (protéines, eau, cellules, graisse) (figure 1) (1,4): Si le lymphoedème n'est pas traité, il progresse; une prolifération du tissu conjonctif, une fibrose et une sclérose s'y associent.

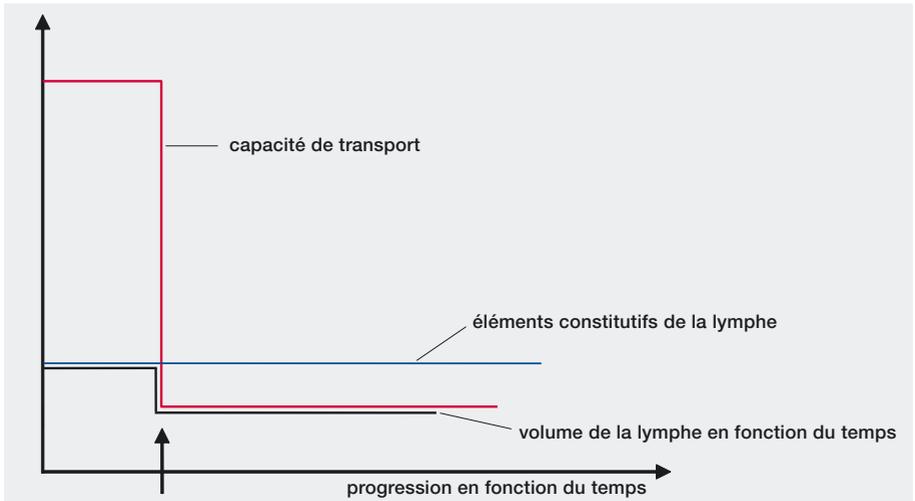


Figure 1: développement du lymphoedème

La capacité de transport de la lymphe est également réduite dans les lymphoedèmes secondaires. Leurs causes les plus fréquentes sont résumées dans la table 1

**Table 1: Causes de lymphoedèmes secondaires**

- traumatismes avec graves lésions des parties molles ou états postopératoires
- affections tumorales
- affections parasitaires
- infections
- automutilations (artefacts)
- lipolymphoedèmes
- phlébolymphoedèmes



Figures 2 et 3: état plusieurs années après lésion complexe de la cheville et plusieurs opérations, avant et après traitement de décongestion

Suivant l'âge de leur manifestation, les lymphoedèmes sont qualifiés de congénitaux, précoces ou tardifs. L'élément caractéristique en est la première manifestation après la puberté avec un peak se situant à l'âge de 17 ans. 83% des lymphoedèmes primitifs sont apparus avant l'âge de 35 ans (4). Leur début est insidieux. Ils se développent du bas vers le haut. Dans certains cas, on retrouve au titre de facteurs déclenchants un traumatisme mineur ou une petite intervention chirurgicale réalisée sur une région où siège une dysplasie préexistante des collecteurs lymphatiques, une infection cutanée ou des parties molles, une immobilisation, etc. De plus, on distingue entre formes bénignes et malignes des lymphoedèmes dans la classification. On vérifie parfois la présence d'un reflux (fistule lymphatique dans la peau ou reflux de chyle dans des cavités du corps (5) et prend en considération les formes combinées et les maladies associées.

## Symptomatologie et diagnostic clinique

Le diagnostic de lymphoedème se fonde tout d'abord sur l'évaluation clinique. Les signes qui caractérisent les lymphoedèmes et permettent de formuler son diagnostic sont énumérés dans la table 2.

### Table 2: Signes cliniques caractéristiques du lymphoedème

- généralement unilatéral; si bilatéral asymétrie
- signe de Stemmer positif (figure 4)
- dos de la main ou du pied participant à l'odème
- les sillons naturels de la peau sont accentués et boudinés
- un quadrant du corps est généralement affecté
- accentuation distale
- couleur de la peau généralement pas altérée
- progression (induration progressive de la peau)
- indolore
- pas de parésie
- pas d'ulcère



Figure 4: signe de Stemmer positif au 2<sup>ème</sup> orteil du pied gauche



Figure 5: accentuation des sillons de la peau

Hormis l'anamnèse personnelle, il est important de recueillir l'anamnèse familiale et de procéder à un examen de médecine interne pour exclure d'autres causes possibles d'oedèmes (maladies cardiovasculaires, maladies rénales, troubles endocriniens, médicaments).

### **Table 3: stades cliniques du lymphoedème**

#### **Stade 0: intermédiaire/ de latence**

- Pas de symptôme ; les vaisseaux lymphatiques peuvent encore compenser

#### **Stade 1: réversible**

- Godet mou, facile à provoquer ; l'enflure disparaît la nuit ou en surélévation du membre touché ; faible différence de périmètre

#### **Stade 2: irréversible spontanément**

- Godet difficile à provoquer ; l'enflure ne disparaît plus spontanément; surélévation inefficace (fibrose)

#### **Stade 3: éléphantiasis lymphostatique** (figures 6 et 7)

- Extrémité difforme, godet non provocable (fibrosclérose Au titre de mesures diagnostiques, il faut mentionner la lymphographie), papillomatose; peut conduire à une invalidité



**Figures 6 et 7: éléphantiasis lymphostatique avec papillomatose (vésicules lymphatiques)**

Au titre de mesures permettant d'affiner le diagnostic dans des cas particuliers, il faut mentionner la lymphographie indirecte et la lymphoscintigraphie isotopique (6, 7). La lymphographie directe réalisée à l'aide d'un produit de contraste oléagineux après mise à nu d'un vaisseau lymphatique a été utilisée dans le passé surtout pour la recherche de métastases dans les ganglions lymphatiques. Elle a perdu de son intérêt à la suite du développement de techniques d'imagerie moderne comme la sonographie, le scanner et l'IRM. Elle est même qualifiée

d'obsoleète comme mesure d'éclaircissement dans les cas de lymphostase périphérique.

Lors de la **lymphographie indirecte** un produit de contraste hydrosoluble utilisé en radiodiagnostic est injecté sous pression juste en dessous de l'épiderme. Il est alors transporté par les vaisseaux lymphatiques. Il est possible de cette manière d'illustrer radiographiquement les altérations de la morphologie et du réseau des lymphatiques. La **lymphoscintigraphie isotopique** représente une technique de diagnostic fonctionnel qui permet la mesure de vitesse du flux lymphatique sous certaines conditions de sollicitations. Un colloïde radiomarké est injecté à cet effet dans le tissu sous-cutané de la main ou du pied.

Les séquelles d'un lymphoedème non traités se traduisent par une fibrose et une sclérose et par une diminution de la mobilité, éventuellement par une accumulation de graisse ainsi que par une altération de l'immunité locale et des difficultés de guérison en cas de blessures localisées dans la région de stase lymphatique. Les complications typiques du lymphoedème sont l'érysipèle et les mycoses, plus rarement les fistules lymphatiques et dans les cas de longue durée et insuffisamment traités le lymphangiosarcome (4):

Le traitement de physiothérapie complexe décongestif pratiqué à la Clinique de réadaptation de Bellikon

Depuis 10 ans environ, nous utilisons avec succès à la Clinique de réadaptation de Bellikon un traitement physique combiné chez les patients qui présentent des oedèmes d'origine post traumatiques ou postopératoires. La décongestion permet une réadaptation plus rapide, procure une meilleure mobilité et permet ainsi un retour plus précoce au travail. Grace à la décongestion, les plaies guérissent mieux et plus rapidement.

#### **Table 4: Indications du traitement décongestif**

fréquentes:

- lymphoedème
- lipolymphoedème
- odème phlébolyphostatique (insuffisance veineuse chronique stade 2+3)
- phlébolyphoedème (8)
- oedèmes post traumatiques, postopératoires

plus rares

- encéphalopathie lymphostatique
- entéropathie lymphostatique
- odème idiopathique cyclique
- polyarthrite chronique (au titre de complément d'autres mesures thérapeutiques)
- CRPS (au titre de complément d'autres mesures thérapeutiques)
- sclérodémie (au titre de complément d'autres mesures thérapeutiques)

Depuis un an, nous offrons à la Clinique de réadaptation de Bellikon la possibilité d'un **traitement de physiothérapie complexe décongestive stationnaire aux patients présentant des lymphoedèmes évolués et invalidants de stade 2 et 3**. Avant de retenir l'indication à un traitement décongestif stationnaire, est pratiqué un examen ambulatoire auquel participe notre monitrice pour le drainage lymphatique manuel et le traitement de physiothérapie complexe décongestive.

**Table 5: Conditions préalables requises pour un traitement décongestif stationnaire (10)**

- lymphoedème stade 2 et 3
- formes combinées, en particulier maladies internes associées
- lymphoedème de la tête et de la région génitale
- plusieurs extrémités touchées
- kystes ou fistules lymphatiques
- entéropathie lymphostatique, encéphalopathie
- chez les enfants: instruction prodiguée aux parents
- éventuellement: oedèmes malins
- situations particulières où un traitement ambulatoire n'est pas possible

Lors du drainage lymphatique manuel, l'accent est mis surtout sur le traitement préliminaire. L'action du drainage manuel se fonde sur la mobilisation de la lymphe et du liquide interstitiel. La circulation de la lymphe s'améliore (11) et de ce fait résulte de meilleures facultés de transport même au niveau des vaisseaux lymphatiques affectés. Un rôle essentiel est joué par le bandage peu élastique qui doit être appliqué par une personne compétente (figures 8–11). Il représente un facteur incontournable du traitement physique combiné (12). Le bandage peu élastique est utilisé en phase 1 (Table 6) au titre de contention de longue durée. Il n'est efficace qu'aussi longtemps qu'il est porté. Il accentue l'effet du drainage lymphatique manuel (13). Le tissu conjonctif induré par la fibrose s'assouplit (figure 10).

Le bandage peu élastique est refait quotidiennement et il doit être toléré sans provoquer de douleurs. Ceci est possible grâce au fait qu'il exerce une forte pression de travail alors qu'en revanche sa pression au repos est faible. Sous le terme de pression de travail, on conçoit la pression que génère la contraction musculaire interne qui assure alternativement une vidange et un remplissage des vaisseaux tant superficiels que profonds. La pression au repos représente la pression constante exercée par le bandage peu élastique qui agit en surface sur la musculature décontractée. Il s'agit d'une pression constante que le patient doit suffisamment bien tolérer pour pouvoir dormir sans problème.

Le choix du matériel utilisé pour confectionner le pansement compressif joue un rôle déterminant. On ne se sert que de bandes peu élastiques qui ne permet-

tent qu'un court étirement. Un bon capitonnage à l'aide de de larges bandes de coton ou de mousse qui ménagent la peau est important (figure 9). Si l'application du bandage peu élastique ne peut se faire en soins ambulatoires, il faut alors envisager un séjour stationnaire pour la 1<sup>ère</sup> phase du traitement décongestif. La durée du séjour dépend de la gravité du lymphoedème: elle se situe entre 3 à 6 semaines.



Figure 8: bandage peu élastique



Figure 9: capitonnage à bande mousse pour la protection de la peau



Figure 10: capitonnage à surface irrégulière pour l'assouplissement du tissu conjonctif



Figure 11: matériel nécessaire à la confection d'un bandage peu élastique en cas d'éléphantiasis des deux jambes

De plus, les patients bénéficient d'un programme supplémentaire de mobilisation qui inclut marche, natation et entraînement par groupes individuels. A l'exception de la natation, tous les exercices s'effectuent sous bandage peu élastique. Durant la phase 1 (Table 6), les soins de peau et la mobilisation sous bandages sont délégués de façon croissante aux patients. De plus, ils bénéficient d'un apprentissage sur les gestes les plus importants de la technique du drainage lymphatique manuel leur permettant de réaliser leur auto-traitement. Un autre élément important est d'apprendre la technique d'auto-bandage qui doit pour chaque patient être réalisé selon des critères individuels (figures 8–10). Une éducation approfondie sur ce qu'est le lymphoedème et comment il faut s'en accommoder dans la vie quotidienne complètent les mesures de traitement. De plus, chaque patient est informé sur le risque de développement d'un érysipèle et les mesures qui permettent de le prévenir. Si existent d'autres problèmes de santé abordables par physiothérapie ou d'autres mesures de réadaptation, ils sont également pris en charge dans un contexte de travail interdisciplinaire. Des discussions hebdomadaires et des contrôles réguliers de l'évolution permettent une optimisation constante du traitement.

#### **Table 7: Phase 1, décongestion**

Durée: plusieurs semaines suivant l'état clinique (14)

- drainage lymphatique, au minimum 5X/semaine (drainage lymphatique manuel le matin ainsi que l'après-midi en traitement combiné)
- soins ou assainissement de la peau (éventuellement traitement de la mycose selon les prescriptions du médecin)
- bandage peu élastique appliqué à neuf quotidiennement (combiné au drainage lymphatique manuel le matin)
- exercices physiques sous contention (bandages peu élastiques, contention élastique)
- éducation du patient pour l'auto-traitement à partir de la 2ème semaine

Après avoir réalisé une décongestion efficace, un bas de contention est remis au patient. Sa mesure est prise par un thérapeute spécialement instruit et expérimenté. On accorde la préférence à un bas sur mesure à mailles spéciales (figure 12).



**Figure 12: bas/collant compressif sur mesure**

La prescription d'une contention élastique n'est indiquée que si la phase 1 du traitement physique combiné a été couronnée de succès. Il s'agit d'un traitement à demeure et dans les cas particulièrement graves, les malades doivent porter parfois deux bas compressif l'un sur l'autre. Il va de soi que pour des raisons d'hygiène corporelle, les patients doivent disposer d'une paire de bas de rechange. L'information délivrée aux patients sur l'action et l'efficacité de la contention élastique constitue un facteur-clé de succès du traitement. Seul un malade bien informé est prêt à assumer sa part de responsabilité personnelle.

Afin d'assurer la poursuite sans faille du traitement, nous avons à disposition de nos patients une liste de thérapeutes qui ont bénéficié d'une formation spécialisée reconnue pour le traitement de physiothérapie complexe décongestive.

### **Table 7: Phase 2: conservation et optimisation**

Durée: à demeure

- drainage lymphatique manuel prescrit selon les besoins individuels (1–2x/semaine, 2x/an une série p.ex.)
- soins de la peau
- bas de contention élastique
- exercices physique sous contention

Dans les cas favorables et suivant la compliance du patient, il est possible d'intercaler des pauses de plusieurs mois dans le traitement de drainage lymphatique manuel.

Le port systématique de contentions a comme corollaire leur perte d'efficacité au fil du temps. Il faut dès lors les changer tous les 6 mois environ.

La répétition de la phase 1 du traitement est indiquée si le volume de l'extrémité atteinte se modifie. Ceci est nécessaire avant de pouvoir prendre la mesure d'un nouveau bas compressif. Les raisons possibles d'une réponse insuffisante au traitement sont résumées dans la table 8. Une erreur fréquente est de prescrire à long terme de diurétiques (15). De ce fait, les oedèmes peuvent s'améliorer à court terme. Cependant, du fait de l'augmentation de la concentration protéinique dans les tissus, on observe au fil du temps une péjoration de la fibrose et de l'état clinique global.

#### **Table 8: raisons possibles d'échecs thérapeutiques**

- pas de compression ou compression insuffisante
- élaboration incorrecte du drainage lymphatique manuel
- erreur technique lors du drainage lymphatique manuel (massage par étalement)
- mauvaise compliance du patient
- erreur dans l'indication
- lymphoedème malin
- neuropathie
- lymphoedème dû à un artefact

#### **Table 9: erreurs de traitement du lymphoedème**

- prescription de diurétiques
- traitement isolé fondé uniquement sur une pressothérapie pneumatique
- enveloppement selon la technique de van der Molen
- prescription de régimes (restrictif sur l'eau; pauvre en protéines)

## Bibliographie

- 1 Földi M, Kubik S (Hrsg):  
Lehrbuch der Lymphologie, 5. Auflage. Urban&Fischer, München, Jena, 2002.
- 2 Friedli S, Mahler F:  
Phlebödem und Lymphödem – das dicke Bein aus angiologischer Sicht. Therapeutische Umschau 61, 2004;11:643-647.
- 3 Schrenk P et al: Morbidity following sentinel lymph node biopsy versus axillary lymph node dissection for patients with breast carcinoma. Cancer 2000; 88(3):608-614
- 4 Weissleder H, Schuchhardt C:  
Erkrankungen des Lymphgefäßsystems, 3. Auflage. Viavital, Köln, 2000.
- 5 Maeder M et al:  
Chylothorax bei Leberzirrhose. Schweiz Med Forum 2004;4:808-810.
- 6 Witte, CL et al:  
Advances in imaging of lymph flow disorders. Radiographics 2000;20:1697-1719.
- 7 Weiss M et al:  
Therapieplanung und Erfolgskontrolle der autologen Lymphgefäß-Transplantation mittels nuklearmedizinischer Lymphgefäßszintigraphie.  
Handchir Mikrochir Plast Chir 2003;35:210-215.
- 8 Marshall M et al:  
Das Lipödem – ein wenig beachtetes Krankheitsbild. Vasomed 2002;6:254-257.
- 9 Moorahrennd U, Glöckler-Lang G: Physiotherapie. In:Unfallchirurgie, 2. Auflage, Rüter, Trentz, Wagner (Hrsg). Urban& Fischer, München, Jena 2004.
- 10 Jungkunz W et al:  
Ambulante Betreuung lymphologischer Patienten. LymphForsch 2001;5:87-96.
- 11 Bridenbaugh E et al:  
Lymphatic Muscle: A review of contractile function.  
Lymphatic Research and Biology 2003; 1:147-158.
- 12 Schott I, Gmünder HP:  
Lymphologischer Kompressionsverband. Reflexe Juni 2004:11-15.
- 13 Boris M et al:  
Persistence of lymphedema reduction after noninvasive complex lymphedema therapy. Oncology 1997; 11 (1):99-109.
- 14 Fialka-Moser V et al:  
Lymphödem. Leitlinien zur Behandlung. Österreichische Ärztezeitung 2002;13-14.
- 15 Földi E et al:  
Zur Diagnostik und Therapie des Lymphödems. Deutsches Ärzteblatt 1998; 13:B610-B614.

### Adresses de correspondance:

Dr. med. Hans Peter Gmünder  
Chefarzt und Medizinischer Direktor  
Rehaklinik Bellikon  
5454 Bellikon  
hanspeter.gmuender@rehabellikon.ch

Inge Schott  
Instruktorin für ML/KPE  
Rehaklinik Bellikon  
5454 Bellikon  
physikalischeth@rehabellikon.ch

# La sortie thérapeutique comme outil de réadaptation

Abdul Al Khodairy, Dorothee Spahr

La cassure que crée un accident dans la vie de l'individu est telle qu'il est souvent atteint dans la globalité de son être. C'est pourquoi la Clinique romande de réadaptation SuvaCare met sur pied des sorties diverses afin que le patient soit confronté à la réalité extérieure déjà durant la période d'hospitalisation. Par la suite, il sera en mesure de mieux maîtriser son destin.

Pour faciliter la réinsertion, la CRR propose trois types de sorties aux paraplégiques, aux tétraplégiques et aux blessés médullaires ayant l'usage de leurs jambes. Si les patients en mesure de marcher peuvent participer très tôt à la sortie urbaine, culturelle ou sportive, les patients en chaise roulante doivent patienter un peu: c'est seulement lorsqu'ils sont en mesure de supporter la chaise roulante durant quatre heures au moins qu'ils peuvent affronter le monde extérieur. Quatre patients participent en moyenne à une telle sortie. Quant au personnel d'assistance, il est au nombre de quatre ou cinq: physiothérapeute, ergothérapeute, animateur, infirmière et chauffeur.

Les coûts des sorties thérapeutiques sont modestes avec un résultat concret grâce à une action interdisciplinaire exemplaire.

## La sortie urbaine et l'intégration sociale

La sortie urbaine arrache le patient de son milieu protégé où tout est adapté à ses besoins. La ville représente un lieu privilégié pour atteindre le plus grand niveau d'autonomie possible.

## La sortie culturelle

La sortie culturelle place le patient dans un contexte qui fait appel aux émotions et aux sentiments avant tout. Son objectif est de faire faire au patient le pas qui lui montre qu'il peut sortir de soi, dépasser son corps handicapé et porter son attention sur des valeurs symboliques.

## **La sortie sportive**

La sortie sportive procure aux patients les mêmes bénéfices physiques qu'aux personnes valides: force musculaire, souplesse articulaire, coordination gestuelle, résistance à la fatigue. Ces améliorations ont pour premier retentissement fonctionnel évident un meilleur usage de la chaise roulante, notamment pour le franchissement d'obstacles, ainsi qu'une meilleure utilisation des aides de marche. L'apport psychologique du sport se situe dans la restructuration de l'image du corps et dans le maintien de l'estime de soi.

## **Conclusions**

A travers des sorties, le patient apprend à se reconstruire progressivement. Il doit pour cela retrouver les repères de son être et de son existence, en commençant par réimprimer dans sa mémoire la nouvelle image de son corps.

## **Qu'en pensent les patients?**

Le feed-back des patients est sans équivoques: «Difficile, le regard des autres!», «C'est plus dur qu'une thérapie!», «Je referais!». Pour nous, ces témoignages constituent un encouragement supplémentaire pour continuer dans cette voie.

### **Adresse de correspondance:**

Dr Abdul Al-Khodairy  
Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie  
Médecin adjoint  
Clinique romande de réadaptation SuvaCare  
Av. Grand-Champsec 90  
Case postale 352  
CH - 1951 Sion  
abdul.al-khodairy@crr-suva.ch

# Académie interdisciplinaire de médecine des assurances, Université de Bâle

Yvonne Bollag, Niklaus Gyr

Nombreux sont ceux qui appelaient de leurs vœux le rattachement académique de la médecine des assurances à l'une des facultés de médecine de notre pays. Ce rêve longtemps nourri semble aujourd'hui se réaliser. Le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'Académie interdisciplinaire de médecine des assurances a commencé ses activités à l'Hôpital universitaire de Bâle. En tant qu'unité d'organisation de la Faculté de médecine, elle s'efforcera dans les prochains mois de créer les structures nécessaires au développement de prestations universitaires, de favoriser l'enseignement et la recherche et de créer les bases de financement d'une chaire de médecine des assurances.

## Situation initiale

Jusqu'à il y a peu, en Suisse, la médecine des assurances n'avait pas trouvé de véritable ancrage dans la recherche et dans l'enseignement liés au domaine médical, alors que les dernières années montraient tout au contraire une augmentation des besoins tant quantitatifs que qualitatifs en matière de prestations médicales pour les expertises, de gestion des cas et d'évaluation de la qualité et de l'économicité. Face à la hausse presque incontrôlable des coûts de l'invalidité et des autres suites de maladies et d'accidents, les institutions publiques et privées n'ont guère de ressources. Il leur manque les données scientifiquement fondées qui permettraient de comprendre cette évolution. La formation et le perfectionnement interdisciplinaire des médecins pour les questions concernant la médecine des assurances, les expertises, l'évaluation du risque et des rapports médico-juridico-économiques font également défaut.

On tente à différents niveaux de contrecarrer ces évolutions défavorables. Ainsi, depuis sa création en 2003, la SIM (Swiss Insurance Medicine, Communauté d'intérêts de la médecine des assurances en Suisse) a identifié les différentes lacunes et s'investit en premier lieu pour la garantie de la qualité et de l'amélioration de la formation dans le domaine de la médecine des assurances. A peu près dans le même temps, le COMAI et la Policlinique médicale de l'Université de Bâle se sont engagées auprès des offices AI pour une académisation de ce domaine spécialisé. Lorsque la SIM a finalement appelé au début de l'année 2004 à cette académisation, la direction du COMAI et de l'Hôpital universitaire ont répondu présentes et ont annoncé leur volonté de créer une académie à la

Faculté de médecine de l'Université de Bâle. Les différentes parties intéressées, SIM, assureurs et institutions juridiques et économiques, ont montré un intérêt réjouissant. Les moyens financiers nécessaires à la première phase, c'est-à-dire au développement de l'Académie en 2005 et 2006, ont été réunis en peu de temps, avec une attention particulière pour qu'ils soient fournis à parts à peu près égales par les assurances sociales, l'assurance privée et l'Hôpital universitaire. Ainsi, l'ouverture de l'Académie est devenue la réussite de tous les cercles intéressés.

## **Mandat de prestations**

Par son activité propre, par la recherche et par l'enseignement, l'institut doit soutenir les connaissances dans les domaines de la médecine des assurances et de l'expertise et contribuer au contrôle des suites d'invalidités, d'accidents et de maladies. La compétence et l'influence du centre doivent être garanties par une collaboration interdisciplinaire intense entre les spécialistes de la médecine, du droit, de l'économie, de l'éthique et d'autres domaines et par la mise en réseau des connaissances techniques nationales et internationales.

Dans les prestations – plus de 400 expertises pluridisciplinaires sont actuellement établies chaque année, l'activité d'expertise interdisciplinaire déjà exercée par le COMAI est développée à un niveau universitaire. Des bases et des critères de qualité doivent par ailleurs être élaborés pour mettre en place une gestion des cas efficace et multidisciplinaire dans le domaine de la réadaptation précoce.

Dans les deux prochaines années, les programmes de formation en médecine des assurances doivent être développés en collaboration avec le Décanat des études de la Faculté de médecine et l'Institut de médecine préventive et sociale. Des programmes de perfectionnement «Médecine des assurances et expertises» pour les assistants de toutes les disciplines doivent être créés en commun avec les hôpitaux universitaires et les autres cliniques intéressées de Suisse. Une étude postgraduée en Insurance Medicine avec les qualifications Master ou PhD sera étudiée plus tard. Il faut donner l'occasion à des représentants d'autres orientations professionnelles tels que juristes et économistes d'apprendre les aspects cliniques de la médecine des assurances et de participer à des projets de recherche.

La recherche interdisciplinaire, avec des composantes juridiques, économiques et éthiques, revêt une grande importance. Des problématiques sur la cause de l'invalidité et de l'incapacité de travail et les coûts liés seront l'objet de projets de recherche. Un intérêt particulier s'applique aux projets concernant la prévention d'affections chroniques, l'invalidité et l'incapacité de travail. Une première étude a déjà commencé pour l'évaluation d'un grand projet de gestion des cas.

## Réseau

L'Académie s'insérera de façon judicieusement complémentaire dans le réseau déjà existant de l'assurance, de l'assurance sociale et de la médecine des assurances de la Suisse. Elle peut en particulier servir, dans l'enseignement, de plate-forme et de bureau de coordination pour les manifestations et activités déjà organisées en de nombreux endroits (cf. le catalogue de formation de la médecine des assurances édité par la SIM).

## Organisation

L'Académie fait partie de la faculté de médecine et de l'hôpital universitaire de Bâle. Elle sera gérée à moyen terme en tant qu'institution indépendante.

L'évolution de l'Académie comporte une phase de développement de 2005 à 2008 au plus tard et le passage à la pleine activité à partir de 2009 au plus tard. L'institut comporte une section pour les prestations, COMAI jusqu'à présent, et une section pour l'enseignement et la recherche. Il est prévu que l'institut soit dirigé au plus tard à partir de 2009 par une chaire de médecine des assurances.

## Vision de l'avenir

Conformément au réseau suisse de médecine des assurances, l'Académie interdisciplinaire de médecine des assurances veut constituer un partenariat avec toutes les institutions et personnes concernées par le domaine et contribuer à la définition de standards de qualité et à une élaboration commune de programmes de recherche. Par ailleurs, elle offrira aux médecins la possibilité de suivre un programme académique et de se perfectionner à un niveau universitaire; la voie universitaire est donc aussi accessible dans ce domaine spécialisé. Le recrutement de personnes compétentes devrait s'en trouver considérablement facilité. L'amélioration de la qualité ainsi possible revêt une grande importance pour tous les participants, patients, médecins, assureurs, juristes et économistes.

L'ouverture de l'Académie interdisciplinaire de l'Université de Bâle aura lieu le 7 septembre 2005 dans le cadre d'un symposium scientifique.

### Adresse de correspondance:

Prof. Dr. med. Niklaus Gyr  
Médecin-chef IAVM/Medas  
Hôpital universitaire de Bâle  
Petersgraben 4  
4031 Bâle  
niklaus.gyr@unibas.ch

# Nouveau médecin-chef de la division de Médecin du travail

## Docteur Marcel Jost

Médecin-chef de la division Médecine du travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005

Le conseil d'administration a nommé dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005 le Dr Jost comme successeur du Dr Rudolf Schütz à la tête de la division Médecine du travail. Le Dr Jost est spécialiste FMH en médecine du travail, médecine interne et cardiologie.

Il a étudié à Berne où il a obtenu le titre de docteur en médecine en 1978. Il a effectué sa formation postgraduée en médecine interne et en cardiologie à Thoune, Berne et au sein des cliniques universitaires de Rotterdam et de Bâle où il fut en dernier lieu chef de clinique dans le département de médecine interne avant d'entrer à la Suva. Il a obtenu la spécialisation en médecine du travail à la Suva, l'Académie de médecine du travail de Berlin et au Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health à Helsinki.



Il est entré au service de la Suva comme médecin du travail en 1983 et il est rempaçant du médecin en chef de la division Médecine du travail depuis 1984. Il représente la Suva au sein d'institutions nationales, comme la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) et la Commission des valeurs limites, et internationales, comme les groupes de travail de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) et la Commission internationale de la Santé au travail (CIST/ICOH). Il a consacré une partie importante de son activité au projet interdisciplinaire de prévention des maladies professionnelles dans le secteur sanitaire.

Dans ce cadre, de nombreuses campagnes de mesures et d'informations ont été organisées. Il a de nombreuses publications scientifiques à son actif, notamment sur les risques et les mesures de prévention contre les nuisances chimiques et infectieuses dans le secteur sanitaire.

Marcel Jost est marié et père de deux filles.

# Mutations

## Médecine des assurances

Dr Peter Frick, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction le 2.8.2004 (temps partiel)

Dr Klaus Bitz, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Winterthur, service médical des agences, départ à la retraite le 31.8.2004

Dr Giuseppe Del Monte, spécialiste en chirurgie, spéc. en chirurgie générale et chirurgie des accidents, médecin d'arrondissement Suva Zentralschweiz, service médical des agences, transfert à la Suva St. Gallen le 1.9.2004

Dr Jürgen Anders, spécialiste en orthopédie et chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement Suva Zentralschweiz, service médical des agences, entrée en fonction le 1.10.2004

Dr Ralf-Joachim Merz, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Winterthur, service médical des agences, entrée en fonction le 1.10.2004

Dr Franco Giustiniani, spécialiste en médecine générale, service de psychiatrie des assurances, départ le 1.12.2004 (temps partiel)

Dr Fridolin Schönenberger, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement Suva St. Gallen, service médical des agences, départ à la retraite le 31.12.2004

Dr Matthias Reiber, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction le 1.1.2005 (temps partiel)

Dr Rita Schaumann-von Stosch, spécialiste en neurologie et psychiatrie, centre de compétence de la médecine des assurances, entrée en fonction le 1.1.2005

Dr Pierre Sindelar, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction le 1.1.2005 (temps partiel)

Dr Phillipp Portwich, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction le 1.2.2005

Dr Rudolf Hans Schütz, spécialiste en médecine générale, médecin d'arrondissement Suva Solothurn, service médical des agences, entrée en fonction le 1.3.2005

Dr Heidi Wolf-Pagani, spécialiste en neurologie, centre de compétence de la médecine des assurances, entrée en fonction le 7.4.2005 (temps partiel)

Dr Jürg Liechti, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Solothurn, service médical des agences, départ à la retraite le 31.5.2005

Dr Laurenz B. Schmid, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Delémont, service médical des agences, départ à la retraite le 31.5.2005 (temps partiel)

Dr Urs Fromm, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction le 1.6.2005 (temps partiel)

Dr Franziska Gebel, spécialiste en médecine interne, transfert de l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM) et prise en charge de la fonction de responsable du service médical de l'assurance militaire/médecin-chef AM le 1.7.2005

Dr Andreas Wüthrich, spécialiste en chirurgie, spéc. chirurgie générale et chirurgie des accidents, transfert de l'OFAM, médecin d'arrondissement Suva St. Gallen, service médical des agences, à partir du 1.7.2005 (temps partiel)

Dr Dieter Leu, spécialiste en chirurgie, transfert de l'OFAM, médecin d'arrondissement Suva Bern, service médical des agences, à partir du 1.7.2005

Dr Jacqueline Briquet Cordt-Moller, spécialiste en médecine légale, M.P.A., M.B.A., transfert de l'OFAM, médecin d'arrondissement Suva Genève, service médical des agences, à partir du 1.7.2005 (temps partiel)

Dr Jean-Claude Antille, spécialiste en médecine interne, transfert de l'OFAM, médecin d'arrondissement St. Gallen, service médical des agences, à partir du 1.7.2005

Dr Peter Graf, spécialiste en médecine générale, transfert de l'OFAM, médecin d'arrondissement Suva Genève, service médical des agences, à partir du 1.7.2005

Dr Bernhard Rey, spécialiste en médecine interne, spéc. rhumatologie, M.P.H., transfert de l'OFAM, médecin d'arrondissement Suva Bern, service médical des agences, à partir du 1.7.2005

Dr Ezio Montedoro, spécialiste en médecine interne, spéc. cardiologie, médecine psychosomatique, transfert de l'OFAM, médecin d'arrondissement Suva Bellinzona, service médical des agences, à partir du 1.7.2005 (temps partiel)

## **Médecine du travail**

Dr Oliver Müller, médecin-assistant, départ le 31.12.2005

Dr Doreen Wiesner, médecin-assistant, entrée en fonction le 1.1.2005

Dr Rudolf Schütz, spécialiste en médecine du travail, médecin-chef de la médecine du travail, départ à la retraite le 31.12.2005

Dr Marcel Jost, spécialiste en médecine du travail, médecine interne et cardiologie, promotion au poste de médecin-chef de la médecine du travail le 1.9.2005

## **Rehaklinik Bellikon (RKB)**

Prof. Sönke Johannes, spécialiste en neurologie, promotion au poste de médecin principal, neuroréadaptation le 1.1.2005

Dr Felix Tschui-Bucher, spécialiste en chirurgie orthopédique, promotion au poste de médecin principal suppléant, réadaptation orthopédique, le 1.1.2005

Dr Stephanie Garlepp, spécialiste en médecine physique, traitement de la douleur, promotion au poste de médecin-chef, médecine physique et réadaptation/traitement de la douleur, le 1.1.2005

## **Clinique romande de réadaptation Sion (CRR)**

Dr Abdul Al-Khodairy, spécialiste HSL en médecine physique et réadaptation et HSL en rhumatologie, promotion au poste de médecin principal le 1.1.2005

Publié par les médecins  
de la Suva

Rédaction:  
Médecin-chef de la Suva 6002 Lucerne, Case postale  
Téléphone 041 419 51 11

**ISSN 1423-3169**

**Référence: 76-2869.f**